СЕМІОТИКА И ДІАГНОСТИКА

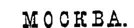
ДѢТСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

СЪ ПРИЛОЖЕНІЕМЪ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАГО УКАЗАТЕЛЯ.

Нила Филатова,

экстр.-орд. профес. дѣтскихъ болѣзней въ ИМПЕРАТОРСКОМЪ Московскомъ университетѣ и директора Хлудовской дѣтской больницы.

Изданіе 3-е.



МОСКВА.

Типографія Э. Лисснера и Ю. Романа, Воздвиженка, Крестовоздвиж. пер., д. Лисснера.

1893.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Книга эта назначается для начинающихъ врачей и для студентовъ высшихъ курсовъ, т.-е. для лицъ, уже знакомыхъ съ частной патологіей и терапіей, а также и съ методами изслѣдованія больныхъ, но еще не пріобрѣтшихъ достаточнаго опыта въ дѣлѣ самостоятельнаго распознаванія болѣзней. Цѣль моя — дать имъ краткое руководство, при помощи котораго они легче могли бы разобраться въ различныхъ симптомахъ даннаго заболѣванія и поставить діагностику на основаніи главныхъ симптомовъ, не увлекаясь въ сторону мелочами. Я думалъ достигнуть этой цѣли, во 1-хъ, посредствомъ болѣе подробнаго, чѣмъ это обыкновенно дѣлается въ руководствахъ, разбора значенія отдѣльныхъ симптомовъ и, во 2-хъ, тѣмъ, что при изображеніи картинъ болѣзней я старался приводить только наиболѣе существенные признаки, съ умысломъ опуская все неважное, такъ какъ въ теченіе 12-лѣтнихъ моихъ занятій съ студентами я имѣлъ случай убѣдиться, что начинающіе нерѣдко придаютъ значеніе мелочамъ, не замѣчая самаго главнаго и, такъ сказать, «изъ-за деревьевъ не видятъ лѣса».

Болѣзни, наичаще встрѣчающіяся у дѣтей и отличающіяся въ дѣтскомъ возрастѣ извѣстными особенностями, разобраны мною подробнѣе, но за то нѣкоторыя рѣдкости или совсѣмъ пропущены или упомянуты лишь вскользь; то же относится и къ тѣмъ болѣзнямъ, діагностика которыхъ ничѣмъ не отличается отъ діагностики ихъ у взрослыхъ, напр. болѣзни сердца.

Имѣя въ виду начинающихъ, я не счелъ за лишнее начать свою книгу изложеніемъ метода собиранія анамнеза и закончить ее краткимъ терапевтическимъ указателемъ съ наиболѣе употребительными и простыми рецептными формулами, при чемъ мною обращено особенное вниманіе на дозировку лѣкарствъ по возрастамъ.

Чтобъ облегчить пользованіе книгой при различныхъ справкахъ, къ ней приложенъ алфавитный списокъ медицинскихъ терминовъ съ указаніемъ страницъ (жирнымъ шрифтомъ обозначены страницы, на которыхъ о данномъ терминѣ говорится по преимуществу) и названій лѣкарствъ, съ обозначеніемъ номеровъ рецептовъ.

Если начинающіе найдуть мою книгу составленной практично и хотя бы до нѣкоторой степени полезной для нихъ, то главная цѣль моя будетъ достигнута. Въ заключеніе замѣчу, что мнѣ было бы желательно получать отъ нихъ письма съ указаніемъ на недостатки книги, чтобъ я, приступая къ второму изданію, буде оно понадобится, могъ бы сообразоваться съ тѣми изъ указаній, которыя я найду справедливыми.

Москва.
1890 г. мая 20.

Предисловіе къ 3-му изданію.

Благодаря нѣмецкому переводу моей книги, вышедшемъ въ прошломъ году, въ заграничной печати появились многочисленные отзывы, въ которыхъ между прочимъ не разъ указывалось на то, что я обращаю слишкомъ мало вниманія на бактеріоскопическій и микроскопическіе способы изслѣдованія, дающіе иногда чрезвычайно важные для діагностики результаты. Съ этимъ нельзя не согласиться, но дѣло въ томъ, что всѣ эти способы изслѣдованія при *дѣтскихъ болѣзняхъ* никакими особенностями не отличаются, поэтому я и не нашелъ нужнымъ описывать способы изслѣдованія напр. бациллъ

бугорчатки или холеры и т. п., подробнѣе я описалъ только то, что имѣетъ особое значенiе для педiатра, напр. дифтеритнаго бацилла и изслѣдованiе крови при различныхъ формахъ дѣтскаго малокровiя.

Другiя дополненiя касаются дiагностики врожденныхъ пороковъ сердца, язвенной и сифилитической жабы, катарра толстыхъ кишокъ, запора, коклюша (на основанiи свойствъ мочи), гематурiи, различныхъ формъ дѣтскаго малокровiя, водянки безъ бѣлка въ мочѣ и затяжныхъ формъ лихорадки, въ общемъ около 24 страницъ. Къ числу дополненiй относятся также и нѣкоторые рисунки, именно въ текстѣ помѣщены изображенiя нѣкоторыхъ глистъ и ихъ яичекъ, а на отдѣльной таблицѣ фототипiя бациллъ Löffler'a и цѣпотчатаго кокка, встрѣчающагося при скарлатинозной жабѣ и при другихъ ложно-дифтеритическихъ ангинахъ.

Москва.
1893 г. марта 20.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стран.

Болѣзни органовъ дыханія.

Лихорадочныя болѣзни типическаго теченія съ локализацiей на кожѣ.

Объясненіе рисунковъ.

ИЗСЛѢДОВАНІЕ ДѢТЕЙ.

Изслѣдованіе дѣтей старшаго возраста не представляетъ какихъ-либо крупныхъ особенностей сравнительно съ изслѣдованіемъ людей взрослыхъ, и потому мы будемъ имѣть въ виду главнымъ образомъ маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ.

Приступая къ осмотру такого ребенка, врачъ долженъ прежде всего подумать о томъ, чтобы сразу не напугать своего пацiента, неистовый крикъ и всякаго рода движенія котораго могутъ сильно помѣшать изслѣдованію. Всего лучше, войдя въ комнату больного, до поры до времени не обращать на него никакого вниманія и, занявшись пока анамнезомъ, дать ему присмотрѣться къ новому человѣку, послѣ чего изслѣдованіе удается легче; не нужно только начинать съ манипуляцій, непріятныхъ для ребенка и тѣмъ болѣе съ болѣзненныхъ. По этой причинѣ постукиваніе и выслушиваніе напр. лучше производить послѣ общаго осмотра тѣла, счета дыханія и проч., а изслѣдованіе горла и рта должно быть послѣднимъ актомъ, такъ какъ послѣ этого никакой рѣчи о примиреніи съ врачомъ быть уже не можетъ.

Анамнезъ.

Итакъ, изслѣдованіе начинается съ анамнеза, но предварительно слѣдуетъ дать матери высказать все, что она желаетъ, такъ какъ безъ соблюденія этого она постоянно будетъ прерывать дальнѣйшій разспросъ и отклонять его въ сторону. Спрашиваютъ: чтò съ ребенкомъ? давно ли началась болѣзнь? чтò замѣчено было прежде всего и чтò присоединилось потомъ?

Первый вопросъ послѣ этого долженъ быть о *возрастѣ* ребенка, такъ какъ рѣшеніе этого вопроса даетъ опредѣленное направленіе дальнѣйшему разспросу и соображеніямъ врача не только по поводу діагностики даннаго случая, но и относительно предсказанія

и лѣченія. Вліяніе возраста на діагностику явствуетъ, во 1-хъ, изъ того, что нѣкоторыя болѣзни встрѣчаются особенно часто или даже исключительно только въ извѣстномъ возрастѣ, такъ напр. нѣкоторыя болѣзни описываются въ руководствахъ въ особой главѣ подъ именемъ болѣзней новорожденныхъ, куда относятся асфиксія, тетанусъ, кефаломатома, бленнорреа глазъ и др.

Въ первые мѣсяцы жизни часто встрѣчаются желудочныя болѣзни и особенно колики и диспепсія, въ первые 2—3 мѣсяца проявляется врожденный сифилисъ и нѣсколько позднѣе рахитизмъ головы. Въ періодѣ прорѣзыванія зубовъ, значитъ отъ 7-го до 30-го мѣсяца, и въ періодѣ отнятія отъ груди на первый планъ выступаетъ катарръ кишокъ, болѣзни рта, рахитизмъ, спазмъ голосовой щели, эклямпсія. Послѣ 3-хъ лѣтъ — разныя инфекціонныя болѣзни, катарръ дыхательныхъ органовъ, туберкулезъ.

Во 2-хъ, возрастъ можетъ оказать вліяніе на діагностику еще и потому, что семіотическое значеніе припадковъ можетъ рѣзко измѣняться съ возрастомъ. Возьмемъ для примѣра желтуху: встрѣчая ее у новорожденнаго, врачъ не придаетъ ей особаго значенія, считая ее за явленіе физіологическое, между тѣмъ какъ у дѣтей старшаго возраста этотъ симптомъ всегда имѣетъ патологическое значеніе. Возьмемъ еще примѣръ: ребенокъ часто страдаетъ общими судорогами, будучи въ промежуткахъ между приступами совершенно свободенъ отъ всякихъ мозговыхъ симптомовъ; спрашивается, на что прежде всего надо думать? Если ребенокъ въ возрастѣ прорѣзыванія зубовъ, то вѣроятно у него окажется рахитизмъ и ларингоспазмъ, если же ему лѣтъ 6, то больше шансовъ за эпилепсію. Подобныхъ примѣровъ можно бы привести очень много, такъ какъ приблизительно то же самое относится къ большинству припадковъ, такъ велико индивидуальное значеніе возраста для діагностики.

Второе мѣсто по важности занимаютъ вопросы, касающіеся *гигіено-діэтетической обстановки* ребенка, т.-е. о пищѣ, которой онъ кормился и кормится, и о жилищѣ. Свѣдѣнія эти необходимы, во 1-хъ, для установки правильнаго режима больного, а во 2-хъ, они выясняютъ этіологію самыхъ распространенныхъ дѣтскихъ болѣзней, каковы катарръ кишокъ и упадокъ общаго питанія въ формѣ рахитизма, золотухи, анеміи, тучности и истощенія.

Спрашиваютъ прежде всего о томъ, былъ ли ребенокъ при груди или воспитывался на рожкѣ?

Если ребенокъ на грудномъ молокѣ, то кормитъ ли мать или

кормилица? какъ часто даютъ грудь? (До 3-го мѣсяца слѣдуетъ давать грудь черезъ 2 часа днемъ и 3 раза ночью, т.-е. 10 разъ въ сутки, послѣ 3-го мѣсяца — черезъ 3 часа днемъ и 2 раза ночью, а всего 7 разъ въ сутки) долго ли (сколько минутъ) каждый разъ остается ребенокъ при груди, и соблюдается ли очередь между грудями? (При достаточномъ количествѣ молока ребенокъ не долженъ сосать долѣе $^1/_4$ часа). Какая пища кормящей? (причиной диспепсіи можетъ быть какъ слишкомъ скудная (постная). такъ и исключительно мясная пища, а также все, что разстраиваетъ пищевареніе у кормящей женщины или оказываетъ вредное вліяніе на молоко, напр. кислые фрукты, нѣкоторыя слабительныя средства, опій и пр. Ка́къ здоровье кормящей и нѣтъ ли у нея регулъ? (иногда диспепсія и колики появляются у ребенка только во время регулъ у кормилицы); много ли молока въ грудяхъ? (если молока мало, то оно часто оказывается притомъ и дурного качества, такъ что ребенокъ худѣетъ и безпокоится не только подъ вліяніемъ хроническаго голоданія, но и отъ диспепсіи).

Если кормитъ кормилица, то кромѣ предыдущихъ вопросовъ, — давно ли родила она? (Слишкомъ большая разница въ возрастѣ ея ребенка и питомца можетъ быть достаточной причиной упорной диспепсіи съ ея послѣдствіями). Живъ ли ея ребенокъ, и если умеръ, то отъ чего? (Хорошее здоровье собственнаго ребенка, пока онъ былъ при груди, свидѣтельствуетъ о хорошемъ молокѣ кормилицы). Одна ли была кормилица у даннаго ребенка, или ихъ перемѣнилось нѣсколько? (Въ послѣднемъ случаѣ ребенокъ рѣдко остается свободнымъ отъ рахитизма).

Если ребенокъ рожковый или прикармливается, то чѣмъ кормятъ: цѣльнымъ ли молокомъ или разведеннымъ и какъ разбавляютъ? Цѣльное молоко полагается давать ребенку послѣ $^1/_2$ года. — Въ первый мѣсяцъ разбавляютъ молоко тремя частями воды; на 2—3 мѣсяцахъ двумя; позднѣе берутъ 1 : 1; 2 : 1). Что̀ прибавляютъ къ молоку: воду, крупу, бѣлый хлѣбъ или какой-нибудь отваръ? (Всякія прибавки крахмала строго воспрещаются для дѣтей первыхъ 4—5 мѣсяцевъ жизни, такъ какъ отъ подобной пищи развиваются и желудочныя разстройства, и рахитизмъ). Сколько даютъ заразъ и часто ли кормятъ? Не даютъ ли еще чего: супъ, кашку, соску и проч.? (Соска можетъ быть причиной у маленькихъ дѣтей молочницы, а послѣ 6 мѣсяцевъ порчи зубовъ). Давно ли начали прикармливать? (При достаточномъ количествѣ молока у кормилицы, прикормъ бываетъ не нуженъ до 7-го, 8-го мѣсяца). — Чѣмъ

раньше начинаютъ прикармливать, тѣмъ скорѣе могутъ появиться разстройства пищеваренія и общаго питанія (тучность, анемія, рахитизмъ).

При разспросѣ о жилищѣ ребенка имѣютъ въ виду количество воздуха въ дѣтской (желательно бы не менѣе 5 куб. саж.), чистоту воздуха, температуру его (отъ 14° до 16°) и влажность (въ сырой квартирѣ едва ли удастся выходить ребенка, вполнѣ свободнаго отъ золотухи или рахитизма; не менѣе вреденъ и недостатокъ свѣта). Съ цѣлью выясненія гигіэнической обстановки ребенка умѣстны далѣе вопросы о кроваткѣ (мало проницаемые для воздуха пологи, пропитанные мочей и потому вонючіе матрацы, мягкія пуховыя подушки при потливости головы), объ одеждѣ (чрезмѣрное кутаніе годится только для недоносковъ, а тугое пеленаніе ни для кого), о ваннахъ (прохладныя располагаютъ къ простудѣ, а горячія дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ и могутъ быть причиной тѣхъ или иныхъ дерматитовъ, напр. пемфигуса у новорожденныхъ, и судорогъ въ формѣ напр. тетануса. Въ теченіе первой половины года купаютъ обыкновенно по разу въ день, позднѣе до конца года черезъ день или раза 2 въ недѣлю; температура воды для новорожденнаго 28° R., позднѣе 27° R., къ концу года и лѣтомъ 25° R.).

Покончивши съ гигіэно-діэтетической обстановкой ребенка, переходятъ къ его предшествовавшему здоровью, начиная ab avo, т.-е. спрашиваютъ: въ срокъ ли родился ребенокъ? благополучны ли были роды и сейчасъ ли началъ онъ кричать?

Недоношенныя дѣти часто остаются слабыми и блѣдными на долгое время, даже на цѣлые годы, и обыкновенно дѣлаются рахитиками; значитъ отъ того или иного рѣшенія этого вопроса зявиситъ оцѣнка этіологіи въ случаѣ недостаточнаго развитія или хворости ребенка; кромѣ того, если для преждевременныхъ родовъ не было никакой видимой причины (болѣзнь матери, паденіе и проч.), то является подозрѣніе насчетъ участія въ этомъ дѣлѣ сифилиса, и въ случаѣ, если бы оказалось, что выкидыши бывали и прежде, то подозрѣніе въ данномъ направленіи становится еще болѣе вѣроятнымъ. Какія болѣзни перенесъ ребенокъ, и нѣтъ ли у него какой-нибудь привычной болѣзни въ видѣ напр. наклонности къ поносу или запору, или къ кашлю, или сыпи? Когда вырѣзались первые зубы и какъ велики были антракты между группами зубовъ? (Прорѣзываніе зубовъ находится въ большой зависимости отъ состоянія общаго питанія, и потому правильное и своевременное

появленіе зубовъ служитъ до нѣкоторой степени гарантіей правильнаго развитія ребенка). Сопровождалось ли прорѣзываніе зубовъ какими-либо болѣзненными припадками и какими именно? При каждомъ ли новомъ зубѣ повторялись тѣ же самые припадки? (Если да, то по всей вѣроятности они зависѣли отъ прорѣзыванія зубовъ. Часто случается, что на вопросъ, не хворалъ ли прежде чѣмъ-нибудь ребенокъ, мать даетъ отрицательный отвѣтъ; но стóитъ только спросить болѣзненно ли рѣзались зубы и сейчасъ же оказывается, что у ребенка не разъ было и то, и другое, и третье; объясняется эта странность тѣмъ, что матери очень склонны приписывать всѣ хворости грудного ребенка ни чему иному, какъ зубамъ, и потому, въ видахъ лучшаго выясненія анамнеза, полезно ставить вопросъ о бывшихъ болѣзняхъ въ связи съ зубами даже и въ томъ случаѣ, когда ребенку уже нѣсколько лѣтъ отъ роду. Въ нормѣ у 7-мѣсячнаго ребенка должно быть два зуба, къ концу года — 8, къ концу 2-го года — 16. Когда началъ ребенокъ держать головку? (въ нормѣ на 3—4-мъ мѣсяцѣ), сидѣть (на 4—5-мъ), стоять (9—12-мъ) и ходить (отъ 12 до 18 мѣс.)? Не переставалъ ли онъ ходить? Если переставалъ, то отъ острой ли болѣзни или хронической? (Если мать не можетъ указать причину, то рахитизмъ болѣе чѣмъ вѣроятенъ). Вопросы относительно того, сколько было у больного братьевъ и сестеръ, сколько осталось изъ нихъ въ живыхъ, въ какомъ возрастѣ и отъ чего умирали, — важны главнымъ образомъ для выясненія — нѣтъ ли въ данной семьѣ наслѣдственнаго расположенія къ какимъ-либо болѣзнямъ; извѣстно, напр., что въ нѣкоторыхъ семьяхъ много дѣтей умираетъ въ извѣстномъ возрастѣ отъ туберкулезнаго менингита, хотя бы со стороны родителей чахотки и не значилось. Извѣстно также, что частые роды оказываютъ ослабляющее вліяніе не только на мать, но и на потомство. Важно также знать, умирали ли только тѣ дѣти, которыхъ кормила сама мать, или наоборотъ, только тѣ, которыхъ она не кормила? Отъ рѣшенія этого вопроса можетъ зависѣть совѣтъ врача о томъ, продолжать ли матери кормленіе или передать ребенка кормилицѣ. Не хвораютъ ли другія дѣти въ данное время чѣмъ-либо, особенно заразною болѣзнію? (Вопросъ этотъ чрезвычайно важенъ для діагностики острыхъ инфекціонныхъ болѣзней въ ихъ началѣ, когда онѣ еще не выяснились).

Наконецъ, переходятъ къ вопросу о здоровьѣ родителей. Какъ чувствовала себя мать во время беременности? Долго ли продолжался періодъ рвоты, и оставалась ли мать на ногахъ до конца

беременности или подъ конецъ слегла? Какой возрастъ родителей; не въ близкомъ ли они родствѣ, и не страдаетъ ли кто изъ нихъ какой-либо болѣзнью, въ особенности способной передаваться по наслѣдству (туберкулезъ, сифилисъ, тяжелыя нервныя болѣзни, гемофилія, золотуха)?

Покончивши съ анамнезомъ, переходятъ къ настоящему состоянію больного, при чемъ слѣдуетъ держаться разъ навсегда опредѣленнаго порядка, чтобъ ничего не пропустить. Начинаютъ, напр., съ органовъ пищеваренія, а потомъ идутъ органы дыханія, кровообращенія, мочеполовые, нервная система и лихорадка.

Органы пищеваренія. Спрашивая объ аппетитѣ, нельзя довольствоваться короткимъ отвѣтомъ — хорошъ или плохъ, а слѣдуетъ подробно разспросить объ образѣ жизни ребенка. — Въ какіе именно часы и чтò даютъ ребенку ѣсть? При этомъ легко можетъ оказаться, что плохой аппетитъ — только кажущійся, а что въ дѣйствительности ребенокъ ѣстъ довольно много. Какъ жажда? Хорошо ли онъ глотаетъ и хорошо ли беретъ грудь? Нѣтъ ли у него рвоты (у грудного — срыгиванія) или отрыжки? Если грудной срыгиваетъ, то тогда ли, когда его перепеленываютъ и подымаютъ, вообще безпокоятъ (въ такомъ случаѣ это не имѣетъ значенія), или и при покойномъ положеніи? (значитъ перекармливаютъ). Не бываетъ ли такъ: если срыгнетъ минутъ черезъ 15—20 послѣ сосанія, то свернутымъ молокомъ, а если тотчасъ послѣ сосанія, то цѣльнымъ (это нормально), или бываетъ какъ разъ наоборотъ? (избытокъ или недостатокъ кислоты или сычужнаго фермента въ желудочномъ сокѣ). Если есть рвота, то при какихъ условіяхъ: послѣ ѣды (желудочная), при перемѣнѣ положенія (мозговая), послѣ кашля (коклюшъ), кончается сномъ (мигрень), при сильномъ жарѣ (инфекціонная болѣзнь)? Часто ли испражняется? грудныя дѣти въ нормѣ мараются 2—3 раза въ сутки, послѣ года, по крайней мѣрѣ, разъ въ день; испражненія при исключительно молочной діэтѣ должны быть киселеобразной консистенціи, равномѣрнаго желто-оранжеваго цвѣта, не вонючи и безъ всякихъ примѣсей, каковы — слизь, бѣлые комки, зелень, кровь и проч. Всякое уклоненіе отъ этой нормы со стороны частоты, консистенціи, цвѣта, запаха и состава представляетъ ненормальность, и вопросы должны касаться всѣхъ этихъ свойствъ въ отдѣльности, чтобъ выяснить, нѣтъ ли у ребенка диспепсіи или катарра тонкихъ кишокъ, или фолликулярнаго энтерита. Не появляется ли поносъ періодически въ извѣстное время сутокъ или черезъ день (маскированная лихорадка).

Нѣтъ ли боли живота (у грудныхъ приступовъ коликъ)? Является ли она приступами или постоянно, и, если приступами, то послѣ ли пищи, или натощакъ (глисты, cardialgia), или періодически (intermit. larvata). Если существуетъ наклонность къ запору, то нормальна ли консистенція испражненій (мягкая, кашицеобразная — атонія кишокъ или врожденное суженіе anus'а), или твердая, что для грудного совсѣмъ ненормально.

Не сопровождается ли актъ дефекаціи жиленіемъ (запоръ, слизистый поносъ) или сильной болью (трещина задняго прохода), или выпаденіемъ кишки? Не выходитъ ли послѣ испражненія нѣсколько капель чистой крови? (полипъ).

Не выходятъ ли съ испражненіями глисты или отдѣльные членики, не бываетъ ли зуда въ заднемъ проходѣ? (оксіуры).

Органы дыханія. Нѣтъ ли насморка остраго или хроническаго? Въ первомъ случаѣ выдѣляется ли слизисто-гнойная жидкость (простой насморкъ, гриппъ, корь), или ѣдкая, съ примѣсью крови (дифтеритъ носа, сифилисъ)? При хроническомъ насморкѣ — поражены ли обѣ ноздри (золотуха), или одна сторона (инородное тѣло)? Не бываетъ ли носовыхъ кровотеченій, и при какихъ условіяхъ? (Послѣ кашля — коклюшъ; отъ неизвѣстныхъ причинъ — привычныя, полипъ носа, пороки сердца; періодически, въ особенности по ночамъ — intermit. larv.). Нѣтъ ли кашля? Хриплый, лающій (ларингитъ или крупъ), или обыкновенный? сухой (свѣжій), или влажный (разрѣшившійся бронхитъ)? Когда сильнѣе кашляетъ ребенокъ — днемъ или ночью? (Этотъ и слѣдующіе вопросы имѣютъ цѣлью выяснить, не коклюшъ ли у больного). Ведетъ ли пароксизмъ кашля къ покраснѣнію лица и не кончается ли онъ рвотой? Не бываетъ ли во время кашля свистящаго вдыханія? Не выдѣляется ли послѣ кашля тягучая мокрота? Когда кашель былъ сильнѣе: въ началѣ своего появленія или теперь? Было ли тогда лихорадочное состояніе? По отношенію къ гриппу особое значеніе имѣютъ вопросы: былъ ли вначалѣ сильный жаръ, насморкъ, стрѣльба въ ухѣ? По отношенію къ воспалительнымъ болѣзнямъ — нѣтъ ли боли при кашлѣ?

Органы кровообращенія не даютъ поводовъ къ постановкѣ вопросовъ, такъ какъ діагностика относящихся сюда болѣзней основывается на результатахъ объективнаго изслѣдованія. На сердцебіеніе дѣти почти никогда не жалуются.

Мочеполовые органы. Нормально ли мочеиспусканіе въ смыслѣ частоты? Какъ часто долженъ мочиться ребенокъ въ нормальномъ состояніи, — сказать трудно, такъ какъ тутъ большую роль играетъ

индивидуальность; дѣти старшаго возраста по ночамъ обыкновенно не мочатся; въ случаѣ раздраженія мочевого пузыря больной мочится примѣрно каждый часъ и притомъ понемногу. Не болѣзненно ли мочеиспусканіе? Свѣтла ли моча? Нѣтъ ли задержанія мочи или, наоборотъ, недержанія ея, особенно по ночамъ?

Нервная система. Нѣтъ ли головной боли? Недавняго ли она происхожденія или хроническая, часто повторяющаяся? Не появляется ли она всегда послѣ умственныхъ занятій? Не появилась ли она послѣ ушиба? Мѣсто боли? (Одинъ високъ или одна половина головы при мигрени). Нѣтъ ли другихъ болей? Не бываетъ ли судорогъ? Если да, то какъ часто онѣ повторяются? Не сопровождаются ли онѣ свистящимъ вдыханіемъ (ляригоспазмъ)? или сильнымъ жаромъ (лихорадочная эклямпсія)? или ослабленіемъ умственныхъ способностей, параличами и др. мозговыми симптомами (мозговыя судороги)? Нѣтъ ли параличей? Каковъ сонъ у больного? Въ нормальномъ состояніи какъ маленькія, такъ и болѣе взрослыя дѣти спятъ всю ночь почти безпросыпу; до двухъ лѣтъ ребенокъ спитъ также и днемъ. Плохой сонъ выражается или тѣмъ, что ребенокъ часто просыпается, или тѣмъ, что онъ бредитъ во снѣ или скрежещетъ зубами, или тѣмъ, что, хорошо заснувши съ вечера, онъ вдругъ просыпается и вскакиваетъ въ кровати въ состояніи испуга, озирается широко раскрытыми глазами на окружающихъ, не узнавая даже и самыхъ близкихъ лицъ, иногда громко выкрикиваетъ названіе предмета, испугавшаго его во снѣ; чрезъ нѣсколько минутъ онъ приходитъ въ себя, успокоивается, снова засыпаетъ крѣпкимъ сномъ и утромъ ничего не помнитъ о случившемся. Подобные приступы, извѣстные подъ именемъ *ночного испуга,* всего чаще наблюдаются у дѣтей 2—5 лѣтъ и повторяются или каждую ночь, или лишь изрѣдка.

Если непокойный сонъ, въ какой бы то ни было формѣ, встрѣчается у ребенка лихорадящаго, то симптомъ этотъ не имѣетъ особаго значенія; если же плохой сонъ есть явленіе привычное, то указываетъ на ненормальное состояніе (раздражительность) центральной нервной системы.

У маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 3-хъ, тревожный сонъ всего чаще стоитъ въ связи съ общимъ малокровіемъ (анемія мозга) въ зависимости отъ рахитизма или отъ продолжительнаго поноса; въ другихъ случаяхъ непокойный сонъ зависитъ отъ раздраженнаго состоянія нервной системы подъ вліяніемъ прорѣзыванія зубовъ.

У дѣтей постарше тревожный сонъ тоже часто зависитъ отъ

анеміи или общей нервности (подъ вліяніемъ наслѣдственности). У анемичныхъ же и нервныхъ дѣтей всего чаще встрѣчается и ночной испугъ.

У дѣтей школьнаго возраста самой частой причиной безсонницы бываютъ усиленныя умственныя занятія до поздняго вечера.

Въ числѣ причинъ плохого сна значится также раздраженіе кишокъ глистами или продуктами ненормальнаго пищеваренія (всасываніе птомаиновъ?), или застоявшимся каломъ (запоръ).

Лихорадка. Не замѣчаютъ ли у ребенка жара, зноба, пота? Давно ли началось лихорадочное состояніе и какъ протекало?

Понятно, что мы привели здѣсь только главнѣйшіе вопросные пункты и что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могутъ понадобиться еще и другіе добавочные вопросы, перечислить которые невозможно, да и не нужно.

Объективное изслѣдованіе и значеніе отдѣльныхъ симптомовъ.

Всего лучше начинать изслѣдованіе съ общаго осмотра, который можетъ доставить много данныхъ для діагностики. При этомъ прежде всего обращается вниманіе на общій видъ, т. н. habitus больного, т.-е. на положеніе тѣла, выраженіе лица и глазъ, состояніе питанія, свойство кожи, характеръ дыханія и вообще на все, что можетъ замѣтить глазъ; если дѣло идетъ о маленькомъ ребенкѣ, то выгодно застать его спящимъ, чтобы имѣть возможность сосчитать дыханіе и пульсъ и получить надлежащее понятіе о цвѣтѣ его покрововъ, такъ какъ всѣ эти симптомы подъ вліяніемъ крика и безпокойства рѣзко измѣняются.

Положеніе тѣла можетъ быть вынужденное и вольное. Вынужденнымъ положеніемъ называется такое, которое ребенокъ принимаетъ инстинктивно или поневолѣ, вслѣдствіе того, что всякое иное положеніе причиняетъ ему или боль, или какое-либо неудобство.

Вынужденное положеніе прямо наводитъ врача на мысль о соотвѣтствующемъ страданіи, а вмѣстѣ съ другими симптомами habitus'а можетъ совсѣмъ выяснить діагностику; такъ напр. *неизмѣнное положеніе на боку* (на больной сторонѣ) уже само по себѣ довольно характерно для плевритическаго экссудата (такъ какъ при иномъ положеніи еще болѣе затруднилось бы дыханіе вслѣдствіе оттѣсненія средостѣнія къ здоровой сторонѣ и сдавленія здороваго легкаго), а если притомъ мы видимъ, что больной сильно поблѣднѣлъ и похудалъ (значитъ боленъ уже много дней) и стра-

даетъ одышкой, выражающейся учащеннымъ дыханіемъ съ раздуваніемъ ноздрей, да толчокъ сердца у него смѣщенъ въ противоположную сторону, а межреберные промежутки на больной сторонѣ сглажены, то можно поставить діагностику обильнаго плевритическаго экссудата и безъ изслѣдованія груди; развѣ только придется ударить разъ молоточкомъ для исключенія pneumothoracis.

Характерны также неподвижное *положеніе на спинѣ съ слегка согнутыми ногами* — при остромъ перитонитѣ; *положеніе на животѣ* — въ нѣкоторыхъ случаяхъ Поттовой болѣзни, флегмоны спины и при сильной свѣтобоязни (съ цѣлью спрятать лицо въ подушку); *сидячее положеніе съ закинутой назадъ головой* — при стенозахъ гортани; *положеніе легавой собаки* (на боку, сильно скукожившись) часто встрѣчается при острой головной водянкѣ, когда сведеніе затылка мѣшаетъ лежать на спинѣ.

Безпокойство, выражающееся постоянной смѣной положенія, встрѣчается при сильной головной боли, одышкѣ и при высокихъ, температурахъ, протекающихъ съ бредомъ и съ потемнѣніемъ сознанія.

Важно также обращать вниманіе на *выраженіе лица и глазъ.* Быстрая смѣна въ окраскѣ лица, при *неподвижномъ взглядѣ, устремленномъ въ пространство, при широко раскрытыхъ и рѣдко мигающихъ вѣкахъ* чрезвычайно характерно для менингита и при случаѣ можетъ служить надежнѣйшимъ признакомъ для отличія его отъ тифа.

Ярко-*красныя щеки,* стоящія въ рѣзкомъ контрастѣ съ *блѣдностью губъ,* подбородка и носа, постоянно встрѣчаются при скарлатинѣ и никогда при кори.

Очень *блѣдное и одутловатое лицо* позволяетъ предполагать нефритъ, а одутловатое съ влажными и налитыми глазами — коклюшъ; совсѣмъ характерное коклюшное лицо получается въ томъ случаѣ, если при одутловатости лица больной представляетъ кровоподтеки на одномъ или обоихъ глазныхъ яблокахъ. Наоборотъ — *осунувшееся лицо,* съ слегка ввалившимися глазами, окруженными синими кругами, указываетъ на обильную потерю воды организмомъ, т.-е. на водянистый, холеровидный поносъ, или на запустѣніе артерій вслѣдствіе упадка дѣятельности сердца, напр., при остромъ перитонитѣ.

Точечныя, тѣсно сидящія *петехіи* на щекахъ и въ особенности на вѣкахъ указываютъ на временный, но значительный венозный застой въ кожѣ лица и позволяютъ предположить или сильную рвоту,

или коклюшный кашель, или приступъ общихъ судорогъ съ задержкой дыханія.

Восковая блѣдность лица, безъ слѣдовъ отека указываетъ на значительное обѣднѣніе крови гемоглобиномъ и встрѣчается при хлорозѣ, ложной и настоящей лейкеміи, при злокачественной анеміи, и у маленькихъ дѣтей при рахитизмѣ съ большой селезенкой. *Блѣдность съ желтоватымъ оттѣнкомъ* лица, при темной пигментаціи и себорреѣ надбровныхъ дугъ и при продолжительномъ насморкѣ у ребенка *нѣсколькихъ недѣль отъ роду* дѣлаетъ возможнымъ діагностику врожденнаго сифилиса еще задолго до появленія болѣе характерныхъ его признаковъ.

Старческое, сморщенное *лицо* у грудныхъ дѣтей встрѣчается при всякаго рода атрофіи, всего чаще зависящей отъ хроническаго голоданія (недостатокъ грудного молока или несоотвѣтственная возрасту пища) или отъ продолжительнаго поноса и туберкулеза.

Непроизвольныя *подергиванія* различныхъ *мышцъ* лица обусловливаютъ появленіе своеобразныхъ гримасъ, по которымъ не трудно узнать хорею.

По *скошенію лица* на одну сторону заключаемъ о параличѣ лицевого нерва и прежде всего думаемъ о каріозномъ процессѣ въ височной кости.

Болѣзненное искаженіе чертъ *лица*, появляющееся всякій разъ при ощупываніи опредѣленнаго мѣста, позволяетъ съ точностью опредѣлить мѣсто боли.

Въ лицѣ же ясно отражается одышка (движеніе крыльевъ носа) и всякое сильное разстройство кровообращенія въ видѣ синюхи губъ.

Словомъ, лицо даетъ врачу массу данныхъ для діагностики, и мы привели здѣсь только главнѣйшія.

О состояніи общаго питанія и о сложеніи паціента мы судимъ по развитію скелета и мышцъ, по величинѣ и вѣсу тѣла, по цвѣту кожи и слизистыхъ оболочекъ и по количеству подкожнаго жирнаго слоя. Если мы находимъ, что скелетъ развитъ правильно, и мышцы плотны на ощупь, то говоримъ, что ребенокъ крѣпокъ; если кости тонки, грудная клѣтка плоска, мышцы дряблы и какъ бы атрофированы, то удостовѣряемъ, что онъ слабаго сложенія. Что касается до подкожнаго жира, то какъ избытокъ его (тучность), такъ и недостатокъ (истощеніе) одинаково ненормальны. Особенно дурное значеніе имѣетъ быстрое или медленное *похуданіе безъ* всякой замѣтной *причины*, такъ какъ подобнаго рода „безпричинное“ истощеніе всего чаще встрѣчается при скрытно про-

текающемъ туберкулезѣ, хотя можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ, напр. отъ быстраго роста, отъ потери аппетита вслѣдствіе малокровія или усиленныхъ умственныхъ занятій и особенно отъ онанизма.

Наружнымъ осмотромъ узнаются только грубые недостатки развитія организма, но когда дѣло идетъ объ опредѣленіи начальныхъ степеней упадка питанія, когда приходится слѣдить за развитіемъ ребенка шагъ за шагомъ, то одного осмотра, конечно, недостаточно, тутъ необходимы точныя измѣренія длины тѣла и отдѣльныхъ его частей, въ особенности головы и груди, и опредѣленіе вѣса.

Къ этимъ именно средствамъ прибѣгаемъ мы во всѣхъ случаяхъ, когда имѣемъ передъ собою грудного ребенка и когда приходится рѣшать вопросъ, достаточно ли получаетъ онъ пищи, хороша ли кормилица, не пора ли начать прикармливать его или отымать отъ груди.

Въ подобныхъ случаяхъ самые надежные результаты получаются отъ *методическаго взвѣшиванія ребенка* по крайней мѣрѣ хоть разъ или два въ недѣлю. При оцѣнкѣ добытыхъ результатовъ руководствуются извѣстными нормами, крупныя отступленія отъ которыхъ считаются патологическимъ явленіемъ. Такъ какъ всякій ребенокъ развивается по-своему, и ростъ тѣла никогда не идетъ совсѣмъ равномѣрно, то точно опредѣленной нормы, годной для всѣхъ, установить конечно невозможно, и потому каждый авторъ, занимавшійся этимъ дѣломъ, предлагаетъ свои собственныя таблицы вѣса, но такъ какъ всѣ эти таблицы не имѣютъ, по моему мнѣнію, никакихъ преимуществъ передъ такъ называемой идеальной кривой увеличенія вѣса тѣла грудного ребенка, предложенной Bouchaud'омъ, а эта послѣдняя между прочимъ легко запоминается, то ее только я и приведу здѣсь, какъ норму, съ которой можно сообразоваться при оцѣнкѣ результатовъ взвѣшиванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Нормальный вѣсъ новорожденнаго считается отъ 2500 до 5000 грм., а въ среднемъ 3250 грм. ($7^1/_2$ фунтовъ). Вѣсъ ниже 2500 указываетъ на недоразвитіе ребенка и встрѣчается у недоносковъ. Въ первые дни послѣ рожденія всегда замѣчается нѣкоторая потеря въ вѣсѣ, доходящая до своего maximum'а, примѣрно на 4-й день, въ общей сложности до 130—200 грм. Къ 10-му дню вѣсъ долженъ подняться до первоначальной величины, въ противномъ случаѣ есть какая-нибудь ненормальность. У первенцевъ, а также у недоносковъ и дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, потеря вѣса бываетъ больше и выравнивается позднѣе (недоноски, по

Миллеру, сглаживаютъ утрату вѣса обыкновенно не раньше конца 2-й недѣли). Послѣ 10-го дня вѣсъ ребенка прогрессивно увеличивается и всего сильнѣе въ 1-й и 2-й мѣсяцы, а потомъ съ каждымъ мѣсяцемъ все медленнѣе. При правильномъ развитіи первоначальный вѣсъ удвоивается къ концу 5-го мѣсяца, а къ концу года почти утроивается. По таблицѣ Bouchaud'а прибавка вѣса идетъ такимъ образомъ:

I-й	мѣсяцъ	750	въ день	25	грм.	(6	золотн.)	4000
II	„	700	„	23	„	(5 $^1/_2$	„)	4700
III	„	650	„	22	„	(5	„)	5350
IV	„	600	„	20	„	(4 $^1/_2$	„)	5950
V	„	550	„	18	„	(4	„)	6500
VI	„	500	„	17	„	(4	„)	7000
VII	„	450	„	15	„	(3 $^1/_2$	„)	7450
VIII	„	400	„	13	„	(3	„)	7850
IX	„	350	„	12	„	(2 $^3/_4$	„)	8200
X	„	300	„	10	„	(2 $^1/_3$	„)	8500
XI	„	250	„	8	„	(2	„)	8750
XII	„	200	„	7	„	(1 $^3/_4$	„)	8950

Къ концу года вѣсъ ребенка долженъ быть слѣдовательно около 9000 гр. (22 фунта). Этотъ вѣсъ удвоивается приблизительно къ 6 годамъ (ежегодная прибавка около 1500—1800 гр.) и доходитъ до 40—50 фунтовъ; потомъ еще черезъ 7 лѣтъ опять удвоивается (ежегодно по 1800—2000 грм., а послѣ 10 лѣтъ около 3000 грм.).

Ростъ тѣла, головы и груди. Нормальная длина новорожденнаго считается въ среднемъ 50 сант. (minim. 45, maxim. 58). Ростъ идетъ всего быстрѣе въ первые мѣсяцы жизни и къ концу года, по Quetelet, увеличивается на 20 снт.; на 2-мъ году на 10 с., на 3-мъ на 7 с., потомъ ежегодно отъ 4 до 16-ти лѣтъ на 5,5 с., отъ 16—17 на 4 с., потомъ до 25-ти лѣтъ на 2,5, а всего на 128, такъ что нормальный ростъ взрослаго равняется 178 снт.

По Liharzik'у, всѣ здоровые люди растутъ приблизительно одинаково по періодамъ, которыхъ онъ принимаетъ 23; каждый періодъ длиннѣе предыдущаго, и разница эта увеличивается въ ариѳметической прогрессіи: 1-й пер. одинъ мѣсяцъ, 2-й — два, 3-й — три и т. д. Въ теченіе любого періода до 21-го мѣсяца (конецъ 6-го періода) длина тѣла увеличивается на 7 $^1/_2$ снт., окружность головы

на $2^1/_2$ с., а окружность груди на $2^1/_2 + {}^{13}/_{17}$ с. Послѣ 21-го мѣсяца ростъ идетъ много тише: длина тѣла увеличивается въ каждый періодъ только на 5 снт., окружн. головы на ${}^{13}/_{34}$, а груди на ${}^{13}/_{34} + {}^{13}/_{17}$; съ 12-ти лѣтъ (18-й періодъ) замѣчается усиленный ростъ груди и съ этихъ поръ она увеличивается въ каждый періодъ на ${}^{13}/_{34} + 5$ снт.

Данныя эти можно выразить слѣдующей таблицей:

Періоды по поряд.	Число мѣсяцевъ.	Ростъ головы.	Ростъ груди.	Ростъ тѣла.	Окружн. головы.	Окружн. груди.	Длина тѣла.
1	1	$2^1/_2$ с.	$2^1/_4 + {}^{13}/_{17}$	$7^1/_2$ с.	$37^1/_2$.	$36^9/_{34}$	$57^1/_2$
2	3	—	—	—	40	$39^{18}/_{34}$	65
3	6	—	—	—	$42^1/_2$	$42^{27}/_{34}$	$72^1/_2$
4	10	—	—	—	45	$46^2/_{34}$	80
5	15	—	—	—	$47^1/_2$	$49^{11}/_{34}$	$87^1/_2$
6	21	—	—	—	50	$52^{20}/_{34}$	95
7	28	${}^{13}/_{34}$ с.	${}^{13}/_{34} + {}^{13}/_{17}$	5	$50^{13}/_{34}$	$53^{25}/_{34}$	100
8	36	—	—	—	$50^{26}/_{34}$	$54^{30}/_{34}$	105
9	45	—	—	—	$51^5/_{34}$	$56^1/_{34}$	110
10	55	—	—	—	$51^{18}/_{34}$	$57^2/_{34}$	115
11	66	—	—	—	$51^{31}/_{34}$	$58^{11}/_{34}$	120
12	78	—	—	—	$52^{10}/_{34}$	$59^{16}/_{34}$	125
13	91	—	—	—	$52^{20}/_{34}$	$60^{21}/_{34}$	130
14	105	—	—	—	$53^2/_{34}$	$61^{26}/_{34}$	135
15	120	—	—	—	$53^{15}/_{34}$	$62^{31}/_{34}$	140
16	136	—	—	—	$53^{28}/_{34}$	$64^2/_{34}$	145
17	153	—	—	—	$54^7/_{34}$	$65^7/_{34}$	150
18	171	—	${}^{13}/_{34} + 5$ с.	—	$54^{20}/_{34}$	$70^{20}/_{34}$	155
19	190	—	—	—	$54^{33}/_{34}$	$75^{33}/_{34}$	160
20	210	—	—	—	$55^{12}/_{34}$	$81^{12}/_{34}$	165
21	231	—	—	—	$55^{25}/_{34}$	$86^{25}/_{34}$	170
22	253	—	—	—	$56^4/_{34}$	$92^4/_{34}$	175
23	276 (23 года)	—	—	—	$56^1/_2$	$97^1/_2$	180
		$21^1/_2$ с.	$64^1/_2$ с.	130 снт.			

Окружность головы новорожденнаго равняется 34—35 снт., а груди (на уровнѣ сосковъ) 32—33.

Такъ какъ не всѣ дѣти растутъ одинаково быстро и многія, будучи совершенно здоровы, развиваются все-таки медленно, то знаніе однихъ лишь абсолютныхъ чиселъ роста еще не достаточно

для того, чтобы признать развитіе даннаго ребенка нормальнымъ или патологическимъ. Въ этомъ отношеніи болѣе интересныя данныя получаются изъ сравненій размѣровъ головы, груди и длины тѣла, ради чего мы ихъ и привели въ таблицѣ рядомъ другъ съ другомъ.

Чрезмѣрно быстрый ростъ тѣла пріобрѣтаетъ особое значеніе въ томъ случаѣ, если ему не соотвѣтствуетъ увеличеніе тѣла въ ширину, т.-е. окружности груди и ширины плечъ. *Поперечникъ плечъ во всѣхъ періодахъ роста долженъ быть приблизительно равенъ $^1/_4$ длины тѣла.*

По Uffelmann'у, напримѣръ, такъ:

Лѣта.	Поперечникъ плечъ.	Длина тѣла.
0	13,7	50
3	23	87
6	32	122
14	36	150

У нормально-развитого новорожденнаго окружность головы превышаетъ окружность груди на 1—2 снт., а грудь превышаетъ половину длины тѣла на 9—10 снт. (minimum на 7 снт.). Если разница между головой и грудью больше 2, а между грудью и половиной длины тѣла меньше 7 снт., то это указываетъ на врожденную слабость ребенка, на его малую жизнеспособность.

Вообще говоря, чѣмъ ребенокъ крѣпче сложенъ, тѣмъ скорѣе грудь его по своимъ размѣрамъ сравнивается съ головкой, а чѣмъ слабѣе ребенокъ, тѣмъ больше превалируетъ голова. По таблицѣ Liharzik'а выходитъ, что окружность груди сравнивается съ окружностью головы къ концу первой половины года, но въ дѣйствительности такой ростъ груди встрѣчается довольно рѣдко, именно только у самыхъ крѣпкихъ дѣтей, у большинства же здоровыхъ дѣтей грудь начинаетъ брать перевѣсъ надъ головой лишь на 3-мъ году, а у слабыхъ и рахитиковъ на 5—6-мъ году.

По отношенію къ длинѣ тѣла мы ужъ замѣтили, что окружность груди должна превышать половину длины тѣла по крайней мѣрѣ на 7 или 8 снт. (въ среднемъ на 10). Въ теченіе первыхъ лѣтъ жизни эта разница мало-по-малу сглаживается и на 7-мъ — 8-мъ году жизни доходитъ до нуля, а потомъ окружность груди начинаетъ понемногу отставать отъ полуроста, и разница въ пользу

послѣдняго къ 12-ти годамъ доходитъ до 2—4 снт. Чѣмъ лучше развитъ ребенокъ, чѣмъ онъ крѣпче, тѣмъ сравнительно больше его окружность груди; у хорошо сложенныхъ дѣтей-подростковъ окружность груди къ 10-ти годамъ все еще превышаетъ полуростовую длину тѣла на 4—5 снт. и сравнивается лишь къ 14—15 годамъ.

Если первоначальный вѣсъ тѣла не достигаетъ 3000 грм., а размѣры головы, груди и роста вышеуказанной нормы, то значитъ ребенокъ родился слабымъ, если же всѣ эти величины превышаютъ среднюю норму, то ребенокъ родился крѣпкимъ. О дѣтяхъ-гигантахъ говорятъ въ томъ случаѣ, если вѣсъ при рожденіи превышаетъ 5000 гр. (12 ф.).

Самый большой экземпляръ, извѣстный мнѣ изъ литературы, встрѣтился д-ру Wysin'у, онъ вѣсилъ 9000 гр.; слишкомъ малый вѣсъ новорожденнаго, иначе сказать, общая атрофія его, указываетъ или на то, что онъ недоношенъ или (если родился въ срокъ), что питаніе его во время утробной жизни шло неправильно вслѣдствіе ли болѣзни матери (всего чаще сифилисомъ) или послѣда.

Атрофія дѣтей, родившихся здоровыми и крѣпкими, всего чаще происходитъ подъ вліяніемъ хроническаго голоданія отъ недостатка пищи — это *простая* или чистая *атрофія*. Въ другихъ случаяхъ причиной истощенія бываютъ какія-нибудь хроническія болѣзни и всего чаще поносы и общій туберкулезъ — это *симптоматическая атрофія*.

Простая атрофія, какъ совершенно самостоятельная болѣзнь, т.-е., не зависящая ни отъ катарра кишокъ, ни отъ другихъ какихъ-либо заболѣваній внутреннихъ органовъ, встрѣчается только у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни и въ силу своей этіологіи, симптоматологіи и терапіи должна быть строго отличаема отъ симптоматической атрофіи, какъ результата истощающихъ болѣзней. Этіологія чистой атрофіи сводится исключительно къ *хроническому голоданію,* все равно — зависитъ ли оно отъ недостатка молока у кормящей, или отъ неправильнаго искусственнаго вскармливанія малыми порціями разведеннаго коровьяго молока или совсѣмъ не соотвѣтствующей возрасту ребенка пищей, которую онъ не можетъ ассимилировать.

Симптомы всякой атрофіи состоятъ въ общемъ истощеніи организма, всего рѣзче выражающемся полнымъ исчезаніемъ подкожнаго жира и дряблостью или складчатостью кожи. У дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни къ числу характерныхъ симптомовъ принадлежитъ

также спаденіе черепа, вслѣдствіе уменьшенія объема мозга: большой родничокъ глубоко вваливается, и кости черепного свода заходятъ своими краями одна подъ другую.

Простая, ничѣмъ не осложненная атрофія отличается отъ симптоматической атрофіи вслѣдствіе хроническаго поноса слѣдующими особенностями: 1) она всего чаще развивается въ первые четыре мѣсяца и очень рѣдко послѣ полугода, тогда какъ симптоматическая наоборотъ; 2) вмѣсто поноса и вздутаго живота при ней бываетъ обыкновенно запоръ при плоскомъ или ввалившемся животѣ и при скудномъ отдѣленіи мочи (см. главу о запорѣ); 3) при ней никогда не бываетъ отековъ подкожной клѣтчатки, рѣдко отсутствующихъ (на ступняхъ и лодыжкахъ) при истощеніи отъ поносовъ. Если простая атрофія осложнена катарромъ кишокъ (что случается не особенно рѣдко, особенно, если атрофія развивается подъ вліяніемъ несообразной пищи), тогда можетъ быть и значительное вздутіе живота, и для правильной оцѣнки случая остаются 1-й и 3-й критеріи и анамнезъ (значительное похуданіе началось еще до поноса; справка о томъ, чѣмъ кормили ребенка и по скольку давали пищи; изслѣдованіе груди кормящей по отношенію къ количеству молока).

Симптоматическая атрофія, встрѣчающаяся иногда въ тяжелыхъ случаяхъ рахитизма, отличается отъ самостоятельной формы атрофіи помимо возраста ребенка еще и симптомами ясно выраженнаго рахитизма; послѣднее обстоятельство пріобрѣтаетъ для діагностики особенно важное значеніе въ виду интереснаго факта, подмѣченнаго Bohn'омъ, что дѣти, находясь въ состояніи простой атрофіи, не проявляютъ никакого расположенія къ рахитизму, такъ что у нихъ не наблюдается даже и размягченія затылка.

Всего труднѣе отличить простую атрофію отъ туберкулеза маленькихъ дѣтей, особенно если атрофія осложняется бронхитомъ или пнеймоніей, что такъ часто случается; съ другой стороны, и отсутствіе кашля не исключаетъ общаго туберкулеза. Если на основаніи анамнеза можно исключить простую атрофію, а между тѣмъ для объясненія истощенія нѣтъ никакихъ замѣтныхъ причинъ, то придется предположить туберкулезъ и искать подтвержденія этому со стороны лихорадочнаго состоянія и наслѣдственности.

При *осмотрѣ кожи* обращаютъ вниманіе на общую окраску ея и на могущія встрѣтиться сыпи (см. главу о семіотикѣ кожи).

Изслѣдованіе головы производится посредствомъ осмотра, ощупыванія и измѣренія. При этомъ обращается вниманіе на форму

и величину головы, на состоянiе швовъ и родничковъ, на твердость костей и на состоянiе кожи.

Голова у нормальнаго ребенка должна имѣть овальную форму, безъ рѣзкихъ выступовъ теменныхъ и лобныхъ бугровъ и вполнѣ симметрична; кости свода черепа должны быть тверды и не должны уступать давленiю пальца. Большой родничокъ остается открытымъ до 16—20 мѣсяца, а швы ламбдовидный, стрѣловидный и вѣнечный могутъ быть ощупаны не позднѣе какъ до конца 3 мѣсяца. О величинѣ головы у новорожденнаго, объ увеличенiи ея по возрастамъ и объ отношенiи окружностей головы и груди было уже сказано выше.

Отклоненiя отъ нормы могутъ быть разнообразны. Неправильная, угловатая форма головы вслѣдствiе ненормальнаго разрастанiя теменныхъ и лобныхъ бугровъ указываетъ на рахитизмъ, въ высшихъ степеняхъ котораго получается т. н. *сѣдлистая голова,* характеризующаяся уплощенiемъ черепного свода и чрезмѣрнымъ разрастанiемъ бугровъ, тогда какъ въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ швамъ, замѣчаются углубленiя въ черепѣ.

Легкая *асимметрiя черепа* въ видѣ нѣкотораго уплощенiя одной стороны (б. ч. въ области соединенiя теменной кости съ затылочной) встрѣчается у маленькихъ очень часто и обусловливается постояннымъ лежанiемъ ребенка на одной сторонѣ; такая асимметрiя не имѣетъ патологическаго значенiя и скоро исчезаетъ, если только начинаютъ слѣдить за тѣмъ, чтобъ ребенокъ не лежалъ постоянно на одномъ боку. Другое дѣло высшiя степени асимметрiи, зависящiя отъ ранняго окостенѣнiя швовъ одной стороны черепа или отъ врожденнаго недоразвитiя одного полушарiя.

Если ужъ на первомъ году окружность груди значительно превышаетъ окружность головки, то это указываетъ на недоразвитiе головы (microcephalia) и даетъ поводъ опасаться въ будущемъ идiотiи; наоборотъ, если голова сравнительно съ грудью и по возрасту слишкомъ велика, то у ребенка или рахитизмъ съ гипертрофiей мозга, или хроническая головная водянка. Хроническая головная водянка почти всегда бываетъ врожденнымъ страданiемъ и состоитъ въ скопленiи жидкости въ мозговыхъ желудочкахъ; съ возрастомъ она обыкновенно увеличивается.

Franz Mayr сопоставляетъ отличительные признаки гипертрофiи мозга и головной водянки въ слѣдующей таблицѣ (Jahrb. f. Kinderh. I. B. S. 15).

Hypertrophia cerebri.	Hydrocephalus chronicus.
Форма черепа: широкая угловатая при сильно выдающемся лбѣ и затылочныхъ буграхъ.	шарообразная, безъ особыхъ выступовъ.
Увеличеніе черепа развивается крайне медленно, почти незамѣтно и никогда не достигаетъ такой значительной степени, чтобъ лицо сдѣлалось сравнительно съ черепомъ несоразмѣрно мало.	развивается быстро, такъ что ужъ черезъ двѣ недѣли можно констатировать замѣтное увеличеніе діаметра; лицо сравнительно съ черепомъ несоразмѣрно мало.
Большой родничокъ больше, чѣмъ въ нормѣ; онъ приподнятъ и сильно пульсируетъ.	необычайно великъ, выпяченъ и совсѣмъ или почти не пульсируетъ.
Кости въ мѣстахъ швовъ *подвижны,* но незначительно разъединены.	соединены перепончатыми, напряженными промежутками.
Осложненія.	
Слѣды начинающагося рахитизма на остальномъ скелетѣ.	Отсталое развитіе костей и мускуловъ всего тѣла.
Laryngospasmus.	Общія судороги.
Умственное развитіе идетъ безпрепятственно, нерѣдко замѣчательно хорошо.	воспрепятствовано, по крайней мѣрѣ, въ отдѣльныхъ направленіяхъ; часто идіотизмъ.
Послѣдствія сдавленія мозга незамѣтны, если въ началѣ болѣзни родничокъ былъ еще открытъ.	въ большей или меньшей степени всегда на лицо: рвота, тяжесть головы, дрожаніе при движеніи, косоглазіе, широкіе зрачки, etc.

Размягченіе костей черепа можетъ быть врожденнымъ или пріобрѣтеннымъ. Въ первомъ случаѣ это не есть патологическое явленіе (съ чѣмъ впрочемъ не всѣ согласны) и исчезаетъ довольно скоро послѣ родовъ, во второмъ оно считается симптомомъ рахитизма и именно начальнаго его періода. Врожденная мягкость костей бываетъ всего замѣтнѣе въ первые дни жизни; мягкія мѣста располагаются обыкновенно вдоль стрѣловиднаго шва. Пріобрѣтенная или рахитическая мягкость костей появляется на 3—4-мъ мѣсяцахъ жизни и рѣдко остается замѣтною до конца года, чаще до 9-ти мѣсяцевъ. Мягкія мѣста занимаютъ затылочную кость (размягченіе затылка — craniotabes) и въ легкихъ случаяхъ являются въ видѣ отдѣльныхъ острововъ, а въ тяжелыхъ размягчается почти вся

чешуя ossis occipitalis. Узнать размягченіе не трудно, такъ какъ при надавливаніи на мягкое мѣсто пальцемъ оно поддается давленію подобно пергаменту. Чтобъ не просмотрѣть и маленькій островокъ размягченія, всего лучше изслѣдовать ребенка при положеніи его на спинѣ. Врачъ стоитъ около его ногъ и помѣщаетъ обѣ свои руки такимъ образомъ, чтобъ большіе пальцы упирались на лобъ, а всѣ остальные, которыми производится ощупываніе, на затылокъ; надавливаніе на всѣ мѣста затылка производится концами слегка согнутыхъ пальцевъ.

Размягченіе затылка особенно часто встрѣчается у рахитиковъ, страдающихъ ляринтоспазмомъ.

Аномаліи родничка и швовъ. Въ первые 9 мѣсяцевъ большой родничокъ и у вполнѣ здоровыхъ дѣтей можетъ постепенно увеличиваться и такое увеличеніе считается нормальнымъ явленіемъ, но въ послѣднюю четверть года онъ долженъ постепенно уменьшаться и къ 18-му мѣсяцу совсѣмъ закрыться, т.-е. окостенѣть. Слишкомъ долгое незарастаніе родничка и швовъ, если не зависитъ отъ хронической головной водянки, указываетъ на замедленный ходъ окостенѣнія, т.-е. на рахитизмъ; съ этимъ совпадаетъ обыкновенно и неправильное или позднее прорѣзываніе зубовъ (см. гл. о прорѣзываніи зубовъ).

Выпяченный родничокъ указываетъ на повышенное давленіе въ полости черепа, а ввалившійся на уменьшеніе давленія и спаденіе мозга. Сильно ввалившійся родничокъ, комбинирующійся у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни съ надвиганіемъ краевъ черепныхъ костей другъ на друга (край затылочной кости подходитъ подъ теменныя) является очень важнымъ отличительнымъ признакомъ острой головной водянки отъ гидроцефалоида.

Слегка выпяченная и пульсирующая фонтанель указываетъ на гиперемію мозга (обычный спутникъ сильнаго жара), а *выпяченная* и *напряженная*, т.-е. не поддающаяся давленію пальца — на эксудацію въ полости черепа — будетъ ли это гнойный менингитъ поверхности полушарій или острая головная водянка, опухоль мозга или интерменингеальное кровоизліяніе у новорожденныхъ. Значеніе этого симптома важно именно въ томъ отношеніи, что онъ исключаетъ простое переполненіе сосудовъ, такъ какъ выпуклая и туго натянутая фонтанель не замѣчается ни при активной, ни при пассивной гипереміи мозга; по этой причинѣ состояніе родничка можетъ имѣть рѣшающее значеніе во многихъ сомнительныхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о рѣшеніи вопроса, происходятъ ли

мозговыя явленія (рвота, сопоръ, конвульсіи) въ данномъ случаѣ отъ какихъ-либо причинъ, лежащихъ внѣ полости черепа (сильное повышеніе температуры, острая пнеймонія, нефритъ съ уреміей), или отъ самостоятельнаго пораженія мозга.

Еще большее значеніе этотъ признакъ имѣетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда по ходу болѣзни и по общему истощенію ребенка надо бы ждать ввалившейся фонтанели, а она оказывается выпяченной.

Если выпяченный и резистентный родничокъ замѣчается у *новорожденнаго* и вовсе не пульсируетъ, то можно предполагать обильное интерменингеальное кровоизліяніе.

При выслушиваніи родничка удается слышать у нѣкоторыхъ дѣтей *дующій шумъ,* синхроничный съ пульсомъ, и происходящій по Jurasch'у въ art. carotis, слегка сдавленной въ canalis caroticus височной кости; онъ не имѣетъ патологическаго значенія, хотя у рахитиковъ встрѣчается чаще, чѣмъ у дѣтей здоровыхъ.

Изслѣдованіе кожи головы. Облысѣніе затылка вмѣстѣ съ потливостью головы являются частыми спутниками craniotabes и имѣютъ одинаковое съ нимъ значеніе (см. выше). Кожа головы принадлежитъ къ числу излюбленныхъ мѣстъ различныхъ сыпей; у грудныхъ дѣтей здѣсь часто встрѣчаются корки отъ себорреи и экцемы, а у старшихъ экцема и паразиты (вши, herpes tonsurans, favus). О діагностикѣ этихъ сыпей — въ гл. о семіотикѣ кожи.

Опухоли головы особенно часто встрѣчаются у новорожденныхъ. Въ первые два дня послѣ рожденія появляется *разлитая* опухоль мягкихъ частей вслѣдствіе отека и пропитыванія кровью предлежавшей части. Такая опухоль, извѣстная подъ именемъ добавочной головы, *caput succedaneum,* исчезаетъ очень скоро послѣ родовъ и потому особеннаго значенія не имѣетъ. Отъ всѣхъ другихъ опухолей она отличается, кромѣ того, своей тѣстообразной консистенціей, отечнымъ характеромъ (отъ давленія пальцемъ остается ямка), синеватымъ цвѣтомъ покрововъ и разлитыми границами. Она можетъ занимать любую часть черепа и никакого отношенія къ швамъ не имѣетъ.

Кровяная опухоль головы — cephalhaematoma, результатъ кровоизліянія между костью и надкостницей, образуется тоже подъ вліяніемъ родовъ, но появляется не тотчасъ послѣ рожденія ребенка, какъ предыдущая, а дня черезъ 2—3, и въ первое время продолжаетъ увеличиваться, затѣмъ на нѣсколько дней остается стаціонарной и къ 4—6 недѣлямъ медленно исчезаетъ. Величина опухоли до грецкаго орѣха и больше, она покрыта нормальной ко-

жей, имѣетъ рѣзкія границы и флюктуируетъ. Особенно характерно для нея то, что опухоль *никогда не переходитъ за швовъ* (такъ какъ здѣсь надкостница крѣпко приращена и не можетъ быть отдѣлена излившейся подъ нею кровью). Излюбленное мѣсто этихъ опухолей — середина теменныхъ костей одной или обѣихъ сторонъ. Послѣ нѣсколькодневнаго существованія основаніе опухоли окружается ясно замѣтнымъ при ощупываніи, твердымъ валикомъ (разрастаніе надкостницы).

У болѣе взрослыхъ дѣтей тоже появляется иногда кровяная опухоль въ видѣ рѣзко ограниченной, упругой, слегка флюктуирующей шишки (б. ч. на лбу), но исключительно только отъ ушиба, и потому кожа бываетъ обыкновенно экхимозирована, и на мѣстѣ опухоли появляется потомъ синякъ.

Флюктуирующая, ограниченная опухоль на черепѣ у ребенка можетъ зависѣть еще отъ нарыва. Острые нарывы отличаются легко по болѣзненности и по краснотѣ кожи, а при холодныхъ нарывахъ покровы остаются нормальными, боли никакой нѣтъ, нарывъ никакого отношенія къ швамъ не имѣетъ и отличается этіологіей (б. ч. вслѣдствіе костоѣды, слѣдовательно у дѣтей золотушныхъ и сифилитиковъ, а также при піэміи), возрастомъ (холодные абсцессы на головѣ у новорожденныхъ не встрѣчаются) и отсутствіемъ твердаго валика при основаніи опухоли).

Мозговая грыжа въ отличіе отъ предыдущихъ является всегда на мѣстѣ какого-нибудь шва, всего чаще при основаніи носа (glabella) или на затылкѣ. Опухоль имѣетъ обыкновенно мѣшкообразную форму съ перетянутымъ основаніемъ. Она содержитъ или только жидкость — hydromeningocele, или и мозгъ — encephalocele.

Первая флюктуируетъ и просвѣчиваетъ, вторая не флюктуируетъ и иногда пульсируетъ. Въ обоихъ случаяхъ можно прощупать при основаніи опухоли край отверстія кости, черезъ которое вышла грыжа. Если это отверстіе достаточно велико, то опухоль можно вправить, и тогда появляются признаки увеличеннаго давленія въ полости черепа въ видѣ выпячиванія и напряженія родничка, а иногда и общихъ судорогъ.

Мозговая грыжа напрягается во время крика, и этимъ признакомъ можно пользоваться въ числѣ другихъ для отличія этой опухоли отъ врожденныхъ саркомы или липомы.

У дѣтей старшаго возраста на черепѣ встрѣчаются иногда ограниченные періоститы, простые и гнойные, и саркомы.

Изслѣдованіе рта и зѣва производится осмотромъ, для чего при-

ходится иногда насильственно открывать ротъ ребенку. У новорожденныхъ и у грудныхъ дѣтей для этого достаточно произвести легкое давленіе пальцемъ на подбородокъ, но у дѣтей 3—5 лѣтъ врачъ встрѣчается подчасъ съ весьма трудно преодолимымъ противодѣйствіемъ со стороны ребенка. Во многихъ случаяхъ удается заставить его открыть ротъ посредствомъ сжиманія ноздрей, но и это средство не всегда ведетъ къ цѣли, такъ какъ нѣкоторыя дѣти ухитряются дышать черезъ щели между зубовъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ завести рукоятку чайной ложечки между щекой и зубами за послѣдніе коренные зубы и тутъ повернуть ложечку такъ, чтобы рукоятка ея помѣстилась между деснами; при такомъ маневрѣ ребенокъ обязательно откроетъ ротъ, и если голова его хорошо фиксируется, то достаточно нѣсколькихъ секундъ, чтобы осмотрѣть его зѣвъ.

При изслѣдованіи рта могутъ встрѣтиться различныя врожденныя аномаліи, каковы напр., полное или неполное сращеніе губъ, раздвоеніе верхней губы — *заячья губа,* labium leporinum, или мягкаго нёба — *волчья пасть* (palatum fissum).

Нѣкоторые симптомы со стороны рта могутъ имѣть значеніе для діагностики другихъ болѣзней: напр., судорожное сжатіе челюстей обыкновенно бываетъ первымъ проявленіемъ тетануса; постоянно открытый ротъ часто встрѣчается у золотушныхъ дѣтей при хроническомъ насморкѣ и при гипертрофіи тонзиллъ; въ острыхъ случаяхъ открытый ротъ съ слюнотеченіемъ встрѣчается при афтозномъ стоматитѣ, и то же самое въ хроническомъ видѣ свойственно идіотизму.

Утолщеніе верхней губы принадлежитъ къ числу признаковъ золотушнаго habitus'а и развивается подъ вліяніемъ повторныхъ насморковъ съ ѣдкимъ отдѣляемымъ, поддерживающихъ легкій воспалительный процессъ въ кожѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ губы.

Слизистая оболочка губъ является любимымъ мѣстомъ для проявленій наслѣдственнаго сифилиса въ видѣ трещинъ и мокнущихъ папулъ.

О болѣзняхъ рта и зѣва мы будемъ говорить въ соотвѣтственныхъ главахъ.

Осмотръ и ощупываніе шеи можетъ дать при случаѣ много данныхъ для діагностики. Обращаютъ вниманіе на положеніе головы (см. torticollis и сведеніе головы), на состояніе позвоночника (spondylitis), лимфатическихъ железъ, подкожной клѣтчатки. О значеніи ограниченнаго отека шеи мы будемъ говорить въ главѣ о семіотикѣ кожи и подкожной клѣтчатки; но помимо отека, на шеѣ

чаще, чѣмъ гдѣ-либо, встрѣчаются разлитыя флегмоны и абсцессы лимфатическихъ железъ; флегмоны всего чаще сопровождаютъ злокачественныя скарлатинозныя жабы, а нагноенія железъ развиваются или самостоятельно, и тогда преимущественно въ заднеушныхъ железахъ, или вслѣдствіе какихъ-нибудь мокнущихъ сыпей на головѣ (затылочныя железы у маленькихъ дѣтей) или лицѣ (железка подъ подбородкомъ).

Въ видѣ врожденной аномаліи иногда встрѣчается на шеѣ фистулезное отверстіе или просто небольшое, постоянно мокнущее, углубленіе, какъ слѣдствіе неполнаго закрытія жаберныхъ дугъ. Отверстіе находится или по средней линіи шеи и сообщается узкимъ каналомъ съ трахеей (fistula colli trachealis congenita), или по бокамъ, надъ грудино-ключичнымъ сочлененіемъ и ведетъ къ пищеводу. Изъ опухолей шеи, кромѣ тѣхъ, что зависятъ отъ остраго припуханія железъ и клѣтчатки, заслуживаетъ вниманія у новорожденныхъ небольшая, гладкая, плотная, овальной формы опухоль, покрытая нормальной кожей и сидящая какъ разъ на musc. sterno-cl.-mastoideus. Опухоль эта образуется въ первые дни жизни ребенка и указываетъ на разрывъ этой мышцы во время акта родовъ и обусловливается кровоизліяніемъ въ мѣстѣ разрыва и образованіемъ воспалительной мозоли — *haematoma musc. sterno-cl.-mastoidei.* — Опухоль эта всегда бываетъ односторонней и черезъ 2—3 недѣли безслѣдно исчезаетъ.

Изъ хроническихъ опухолей шеи у дѣтей болѣе взрослыхъ встрѣчается иногда увеличеніе щитовидной железы, т. н. *зобъ* — *struma*, легко узнаваемая по своей мягкости и по положенію на передней поверхности шеи. Въ нашей мѣстности эта болѣзнь встрѣчается рѣдко; сравнительно чаще приходится встрѣчать хроническую опухоль лимфатическихъ железъ, спаивающихся между собой въ громадные, бугристые пакеты; железы въ такихъ случаяхъ оказываются въ состояніи творожистаго или саркоматознаго перерожденія. Подобнаго рода опухоли не слѣдуетъ смѣшивать съ врожденными кистами шеи — *hygroma cysticum congenitum colli,* которыя хотя и отличаются жидкимъ содержимымъ, но иногда все таки оказываются на ощупь довольно плотной консистенціи.

Изслѣдованіе груди у дѣтей производится по тѣмъ же способамъ, какъ и у взрослыхъ, т.-е. осмотромъ, ощупываніемъ, измѣреніемъ, постукиваніемъ и выслушиваніемъ. Мы предполагаемъ у нашихъ читателей полное знакомство со всѣми этими методами изслѣдованія и потому ограничимся лишь краткими замѣчанія по

поводу нѣкоторыхъ особенностей постукиванія и выслушиванія у дѣтей, такъ какъ тутъ встрѣчаются нѣкоторыя мелочи, отъ незнакомства съ которыми врачъ можетъ сдѣлать совсѣмъ ложные выводы; при постукиваніи, напр., онъ получитъ тупой звукъ тамъ, гдѣ его нѣтъ или, наоборотъ — просмотритъ дѣйствительно существующее притупленіе. Такъ, при *перкуссіи несимметричной грудной клѣтки,* когда ребра на одной сторонѣ груди болѣе выпуклы, а на другой уплощены, постукиваніе по выпуклымъ ребрамъ дастъ, при прочихъ равныхъ условіяхъ, болѣе тупой звукъ, чѣмъ по уплощеннымъ. При нормально развитой грудной клѣткѣ ошибка можетъ получиться вслѣдствіе того, что ребенокъ сидитъ неправильно, перегнувшись на одну сторону; въ этомъ случаѣ, какъ и при боковомъ искривленіи позвоночника, бо́льшая тупость будетъ на вогнутой сторонѣ. Если подъ вліяніемъ неодинаковаго положенія рукъ мышцы на одной сторонѣ грудной клѣтки напряжены, а на другой разслаблены, то тупость получается на сторонѣ сокращенныхъ мышцъ (если постукиваніе производится надъ сокращенной мышцей). Чтобъ избѣгнуть подобной ошибки, необходимо держать ребенка такимъ образомъ, чтобъ плечи его стояли на одинаковомъ уровнѣ и чтобъ положеніе лопатокъ было одинаково на обѣихъ сторонахъ. Если дѣло идетъ о ребенкѣ 1—2 лѣтъ, то при постукиваніи груди всего лучше класть его на спину, а при изслѣдованіи спины я рекомендую держать его такъ: ребенка сажаютъ на горизонтальную плоскость, напр. на подушку, положенную на столъ, руки сгибаются въ локтяхъ подъ прямымъ угломъ, и предплечья кладутся поперекъ живота такимъ образомъ, чтобъ они лежали другъ за другомъ, и въ этомъ положеніи удерживаются и прижимаются къ животу правой рукой матери, стоящей съ правой стороны ребенка; лѣвую свою руку она кладетъ на затылокъ ребенка и легкимъ надавливаніемъ сгибаетъ голову, съ цѣлью воспрепятствовать ему выгибаться назадъ, что онъ пытается дѣлать всегда, какъ только начинаютъ постукивать его спину.

Далѣе слѣдуетъ помнить, что перкуторный звукъ значительно притупляется, если *постукиваніе* производится *во время крика,* и всего больше замѣтно это притупленіе въ нижне-заднихъ частяхъ грудной клѣтки, гдѣ прикрѣпляются большинство выдыхателей; а потому, если ребенокъ кричитъ, то надо постукивать на одномъ мѣстѣ короткими и частыми ударами до тѣхъ поръ, пока ребенокъ сдѣлаетъ глубокій вздохъ; если тупой звукъ остается и въ это время, то можно быть увѣреннымъ въ его реальности.

Постукиваніе всегда слѣдуетъ производить слабыми ударами, такъ какъ вслѣдствіе бо́льшей эластичности дѣтской грудной клѣтки и малыхъ размѣровъ ея, перкуторныя сотрясенія слишкомъ легко передаются на отдаленныя части легкихъ, и потому при сильномъ постукиваніи тупой звукъ ограниченнаго мѣста можетъ быть совершенно заглушенъ яснымъ звукомъ здоровыхъ сосѣднихъ частей легкаго.

При *постукиваніи спины* начинающіе часто дѣлаютъ ошибку въ томъ отношеніи, что помѣщаютъ плессиметръ слишкомъ низко, т.-е. тамъ, гдѣ ужъ и легкихъ-то нѣтъ. Относительно положенія нижней границы легкихъ можно руководствоваться извѣстными обозначательными пунктами скелета, при чемъ дѣло значительно упрощается тѣмъ, что какъ у маленькихъ дѣтей, такъ и у болѣе взрослыхъ отношеніе легкихъ къ скелету грудной клѣтки остается постояннымъ, а именно: на спинѣ нижняя граница соотвѣтствуетъ остистому отростку 11-го позвонка и идетъ отсюда горизонтально кпереди, пересѣкая на лѣвой сторонѣ по l. axillaris — 9-е ребро и по l. mamil. на правой сторонѣ 6-е ребро.

Выслушиванію спины мѣшаютъ безпрерывныя движенія ребенка и крикъ. Благодаря безпокойству маленкихъ дѣтей, выслушиваніе ихъ обыкновеннымъ стетоскопомъ дѣлается крайне затруднительнымъ, а иногда и совсѣмъ невозможнымъ. При изслѣдованіи спины можно помочь горю, выслушивая непосредственно ухомъ, тогда не трудно держать ребенка въ неподвижномъ положеніи, ущемивши его, такъ сказать, между головой и рукой, положенной на грудь; но прежде чѣмъ прикладывать ухо къ тѣлу ребенка, надо обозначить пальцемъ то мѣсто, которое желательно выслушать, и потомъ ужъ приложить ухо къ пальцу; безъ соблюденія этой предосторожности начинающіе часто впадаютъ въ крупную ошибку, выслушивая напр. вмѣсто спины — поясницу или вмѣсто задне-боковой поверхности груди — позвоночникъ.

Выслушивать непосредственно ухомъ переднюю поверхность груди, особенно верхнихъ частей, неудобно, за недостаткомъ мѣста; для такихъ случаевъ можно бы пользоваться мягкимъ гуттаперчевымъ стетоскопомъ, которымъ гораздо удобнѣе слѣдить за движеніями ребенка и которымъ можно выслушивать, не производя большого давленія на кожу и не причиняя ни малѣйшей боли; но такой стетоскопъ требуетъ большого навыка, такъ какъ онъ усиливаетъ дыхательные шумы и измѣняетъ характеръ ихъ.

Что касается до крика, то онъ является препятствіемъ развѣ

только для начинающихъ, а опытный врачъ считаетъ крикъ моментомъ, благопріятствующимъ изслѣдованію, и именно, во 1-хъ, тѣмъ, что онъ даетъ возможность изслѣдовать голосовыя сотрясенія — столь важный симптомъ въ дѣлѣ отличія пнеймоніи отъ плеврита, и бронхофонію, значеніе которой для діагностики нисколько не меньше, чѣмъ бронхіальнаго дыханія, а во 2-хъ, при крикѣ, больной обязательно дѣлаетъ глубокіе вздохи, и потому можно лучше, чѣмъ при покойномъ дыханіи, слышать характеръ вдыхательнаго шума и хриповъ, особенно мелкихъ и крепитирующихъ.

При выслушиваніи кричащаго ребенка не мѣшаетъ, по совѣту Ziemssen'a, затыкать свободное ухо пальцемъ, чтобы лучше сконцентрировать вниманіе на звуковыхъ явленіяхъ, исходящихъ изъ грудной клѣтки къ выслушивающему уху.

Начинающіе должны помнить еще и то, что везикулярный дыхательный шумъ въ нормальномъ состояніи у дѣтей съ 2-лѣтняго возраста бываетъ выраженъ очень рѣзко (почему онъ получилъ даже особое названіе — пуэрильное дыханіе) и можетъ быть принятъ за бронхіальный. У дѣтей на 1-мъ году жизни дыхательный шумъ подъ вліяніемъ слабой дѣятельности мышцъ кажется ослабленнымъ.

При *осмотрѣ грудной клѣтки* обращаемъ вниманіе на число и характеръ дыхательныхъ движеній, на мѣсто сердечнаго толчка, на форму груди и на состояніе кожи.

Дыханіе у новорожденныхъ и у грудныхъ дѣтей отличается абдоминальнымъ характеромъ и только къ 4-мъ годамъ оно дѣлается постепенно болѣе груднымъ. У дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни дыханіе въ нормальномъ состояніи при полномъ покоѣ, во время сна напр., бываетъ не совсѣмъ правильнымъ, такъ какъ мелкія дыхательныя движенія смѣняются болѣе глубокими вперемежку съ паузами; подобнаго рода неправильности могутъ считаться патологическимъ явленіямъ лишь у дѣтей послѣ 2-го года жизни и имѣютъ особое значеніе для діагностики мозговыхъ болѣзней, хотя встрѣчаются также при болѣзненномъ дыханіи напр., при ревматизмѣ грудныхъ мышцъ и при плевритѣ.

Къ нормальнымъ же явленіямъ у маленькихъ дѣтей относится и втягиваніе мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы на передней и боковыхъ поверхностяхъ груди (перипнеймоническая бороздка Trousseau), слегка замѣтное и при покойномъ дыханіи, но особенно рѣзко выступающее во время крика. У ребенка въ возрастѣ болѣе 4-хъ мѣсяцевъ втягиваніе это не должно быть замѣтно при покойномъ дыханіи; въ противномъ случаѣ мы имѣемъ право предполагать одно

изъ двухъ: или у него затрудненъ доступъ воздуха къ легкимъ, или ребра его ненормально уступчивы, т.-е. мягки. Если препятствіе для дыханія находится въ гортани или въ трахеѣ, то при этомъ будетъ стенотическій дыхательный шумъ и втягиваніе надключичныхъ и яремной ямокъ, если же оно лежитъ въ бронхахъ, то дыханіе обязательно значительно учащается, и ребенокъ сильно кашляетъ; если же нѣтъ ни кашля, ни признаковъ стеноза гортани, то остается допустить мягкость реберъ въ зависимости отъ рахитизма.

Къ числу явленій, не имѣющихъ особаго значенія, Pölitzer относитъ между прочимъ *привычное, продолжающееся съ момента рожденія громкое блéющее выдыханіе,* наблюдаемое иногда у новорожденныхъ въ первые дни жизни. Симптомъ этотъ, зависящій отъ неправильной иннерваціи и современемъ исчезающій безъ всякихъ послѣдствій, состоитъ въ томъ, что при свободномъ, едва слышномъ, короткомъ и вообще нормальномъ вдыханіи, выдыханіе совершается не сразу, а въ 5—7 пріемовъ, и сопровождается громкимъ звукомъ, въ родѣ блеянія козы. Въ большинствѣ случаевъ такое дыханіе, появившись тотчасъ послѣ родовъ, продолжается до 8-го мѣсяца или даже до конца года. Разъ появившись, оно не прерывается ни днемъ, ни ночью, независимо отъ того, спитъ ли ребенокъ или бодрствуетъ. Значеніе этого симптома состоитъ только въ томъ, чтобъ врачъ, зная его, могъ бы успокоить родителей и не принималъ бы ненужныхъ терапевтическихъ мѣръ.

Счетъ дыхательныхъ движеній производится или просто глазомъ, или рукой, помѣщенной на подложечную область. Нормальное число дыханій у маленькихъ дѣтей опредѣлить съ точностью нельзя, такъ какъ оно подвержено большимъ колебаніямъ даже и въ совершенно покойномъ состояніи, чѣмъ и объясняются разнорѣчивыя показанія авторовъ; такъ, напр., за среднее число дыханій у новорожденнаго Vogel принимаетъ 26, 4, а Quetelet — 44. Въ вертикальномъ положеніи новорожденный дышитъ на $^1/_3$ чаще; такъ же вліяетъ и бодрствованіе (46—58 разъ въ минуту). Среднее число дыханій на 2-мъ году принимается въ 28; на 3—4-мъ году 25, отъ 6 до 10 лѣтъ = 20—28. Подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія и усиленныхъ движеній частота дыханій во всѣхъ возрастахъ значительно увеличивается (на 1—2 годахъ жизни при температурѣ въ 40—40,5 нерѣдко можно насчитать отъ 50 до 70 дыханій въ минуту), а потому учащеніе дыханія само по себѣ еще не доказываетъ существованія легочной болѣзни; оно пріобрѣтаетъ это значеніе лишь въ томъ случаѣ, если ребенокъ представляетъ при этомъ еще и

другіе признаки одышки, каковы, напр., раздуваніе ноздрей, втягиваніе мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы, оханье или кряхтѣніе при каждомъ выдыхѣ; обращаютъ также вниманіе на отношеніе числа дыханій къ пульсу: если первое относится ко второму, какъ 1 : 3,5—4,5, то это нормальное отношеніе указываетъ на то, что причина учащеннаго дыханія не лежитъ въ пораженіи легкихъ, такъ какъ тогда отношеніе дѣлается, какъ 1 : 2,5—2.

Замедленіе дыханія указываетъ на серьезное разстройство иннерваціи дыханія и наблюдается при мозговыхъ болѣзняхъ, ведущихъ къ сдавленію мозга, при уреміи (въ одномъ случаѣ у дѣвочки лѣтъ 8 послѣ уремическихъ судорогъ я наблюдалъ вмѣстѣ съ д-ромъ Гурвичемъ упадокъ дыханія до 4 вздоховъ въ минуту, и больная эта все-таки выздоровѣла) и холерѣ.

Для острой головной водянки считаются характерными глубокіе вздохи, послѣ которыхъ слѣдуютъ продолжительныя паузы; такіе вздохи сначала появляются изрѣдка, а позднѣе, въ періодъ спячки, ихъ можно наблюдать ежеминутно и именно въ формѣ Cheyne-Stockes'скаго дыханія, состоящаго въ томъ, что едва замѣтное дыханіе съ каждымъ вздохомъ дѣлается все глубже и глубже, доходитъ до acme и потомъ опять постепенно или вдругъ ослабѣваетъ до полной остановки секундъ на 10 или на 30. Cheyne-Stockes'скій типъ дыханія указываетъ на истощеніе дыхательнаго центра и въ большинствѣ случаевъ является предвѣстникомъ близкой смерти.

Что его нельзя считать все-таки безусловно смертельнымъ симптомомъ, это доказываютъ между прочимъ два случая съ благополучнымъ исходомъ, описанные мной во Врачебн. Вѣстн. за 1874 г. Оба ребенка были въ возрастѣ около года, у одного былъ коклюшъ, осложненный пнеймоніей, у другого — отравленіе опіемъ. Слабо выраженное Ch.-St.—ское дыханіе у новорожденныхъ и у очень маленькихъ дѣтей часто наблюдается при полномъ здоровьѣ во время сна.

Полное отсутствіе дыхательныхъ движеній у ребенка, только что родившагося, составляетъ главный симптомъ *мнимой смерти* или *асфиксіи новорожденныхъ*. Діагностическій интересъ представляетъ только опредѣленіе степени асфиксіи, такъ какъ отъ рѣшенія этого вопроса зависитъ и предсказаніе (всегда благопріятное въ первой степени и опасное во второй) и лѣченіе.

Легкая степень асфиксіи характеризуется сохраненіемъ рефлексовъ и мышечнаго тонуса, вторая — исчезаніемъ рефлексовъ и полнымъ разслабленіемъ мышцъ; въ первомъ случаѣ пульсъ сравнительно замедленъ, но полонъ, покровы ціанотичны, лицо одутловато; во

второмъ — пульсъ очень частъ и едва ощутимъ, а покровы блѣдны. Очень простой и практичный способъ опредѣленія степени асфиксіи предлагаетъ Runge: при всякой асфиксіи у новорожденнаго ребенка врачъ прежде всего долженъ позаботиться объ очищеніи рта и зѣва отъ скопившейся тамъ слизи и аспирированнаго меконія, для этого онъ вводитъ въ зѣвъ палецъ, и если на это раздраженіе ребенокъ отвѣчаетъ какимъ-нибудь рефлексомъ (глотательнымъ или тошнотнымъ движеніемъ), то, значитъ, имѣется дѣло съ первой степенью асфиксіи, въ противномъ же случаѣ — со второй.

У дѣтей старшаго возраста, происходящихъ отъ нервныхъ родителей, замѣчается иногда совершенно своеобразное дыханіе на которое обратилъ вниманіе Politzer (Jahrb. f. Kinderh. XXI. 1884. S. 5), считающій такое дыханіе за вѣрный признакъ choreae majoris. Оно характеризуется *чрезвычайно удлиненнымъ* (въ 10—15 разъ противъ нормы) *звучнымъ*, иногда даже какъ бы *рычащимъ выдыханіемъ при нормальномъ вдыханіи и при полномъ отсутствіи одышки*. Симптомъ этотъ совершенно достаточенъ для діагностики большой пляски, если только онъ типически повторяется, т.-е. всякій день въ извѣстное время или въ теченіе цѣлаго дня, но черезъ опредѣленные промежутки, напр. каждыя 7—10 секундъ; въ послѣднемъ случаѣ каждый разъ бываетъ только по одному рычащему выдыханію. Къ характеристикѣ этого страданія P. относитъ излѣчимость его большими пріемами хинина ($^1/_2$—1—1 $^1/_2$ грм. pro die), а также и то, что безъ хиннаго лѣченія симптомъ этотъ можетъ продолжаться въ одиночномъ своемъ видѣ въ теченіе недѣль и даже мѣсяцевъ, но въ концѣ концовъ къ нему присоединяются и другія разстройства въ двигательной и психической сферахъ.

Рѣзко выраженное грудное дыханіе съ постоянно стонущимъ вдыханіемъ, но безъ стенотическаго вдыхательнаго шума и при слабой дѣятельности діафрагмы (значитъ безъ втягиванія нижней периферіи грудной клѣтки) указываетъ по Politzer'у на начинающійся упадокъ дѣятельности сердца и зависитъ отъ недостаточнаго притока крови къ капиллярамъ легочныхъ пузырьковъ. Діагностическое и прогностическое значеніе этого симптома ясно изъ того, что онъ является обыкновенно ранѣе другихъ симптомовъ паралича сердца, каковы: ціанозъ, нитевидный пульсъ и похолоданіе конечностей.

Относительно *аномалій формы грудной клѣтки* замѣтимъ, что уплощеніе груди съ обѣихъ сторонъ при выпяченной грудинѣ или

такъ называемая куриная грудь (увеличеніе передне-задняго діаметра насчетъ поперечнаго) несправедливо считается нѣкоторыми за симптомъ несомнѣннаго рахитизма, такъ какъ такая форма груди можетъ произойти и безъ рахитизма, именно въ случаѣ хронически затрудненнаго доступа воздуха къ легкимъ съ раннихъ лѣтъ, какъ это бываетъ напр. при значительной гипертрофіи миндалевидныхъ железъ.

Одностороннее уплощеніе грудной клѣтки встрѣчается при рѣзко выраженномъ боковомъ искривленіи позвоночника вслѣдствіе рахитизма или поздняго всасыванія обильнаго плевритическаго эксcудата. Наоборотъ, въ свѣжихъ случаяхъ послѣдняго замѣчается *одностороннее увеличеніе грудной клѣтки* съ сглаживаніемъ межреберныхъ промежутковъ. Такъ какъ симптомъ этотъ никогда не встрѣчается при пнеймоніи, хотя бы и очень распространенной, то онъ можетъ имѣть при случаѣ рѣшающее значеніе для дифференціальной діагностики. Ограниченное выпячиваніе области сердца наблюдается у дѣтей при гипертрофіи сердца и при экссудативномъ перикардитѣ.

Со стороны мягкихъ частей груди заслуживаютъ вниманія нарывы, могущіе имѣть различное происхожденіе. У новорожденныхъ дѣтей самой частой причиной ихъ является *mastitis neonatorum* вслѣдствіе застоя молока въ грудныхъ железахъ, функціонирующихъ въ первые дни и недѣли жизни одинаково какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ. У дѣтей старшаго возраста встрѣчаются иногда *холодные нарывы,* покрытые нормальной кожей и неболѣзненные при давленіи, и требующіе совершенно разнаго лѣченія въ зависимости отъ того, происходятъ ли они отъ костоѣды реберъ или позвоночника, или отъ эмпіэмы, готовой къ самопроизвольному вскрытію. Діагностика ихъ не трудна на основаніи сопутствующихъ симптомовъ.

О значеніи размѣровъ грудной клѣтки для оцѣнки общаго развитія организма было говорено выше.

Способы *изслѣдованія сердца* въ дѣтскомъ возрастѣ тоже не представляютъ какихъ-либо особенностей, но при оцѣнкѣ результатовъ надо имѣть въ виду нѣкоторыя физіологическія отклоненія отъ нормы, установленной для взрослыхъ. Такъ, напр., при выслушиваніи сердечныхъ тоновъ у взрослыхъ легко замѣтить, что въ нормѣ при верхушкѣ сердца акцентъ приходится на первый тонъ, а въ области легочной артеріи и аорты на второй, между тѣмъ какъ у маленькихъ дѣтей (лѣтъ до 2) систолическій тонъ

превалируетъ во всей сердечной области надъ діастолическимъ, а всего громче онъ при верхушкѣ. Второй тонъ у маленькихъ дѣтей, всего громче во 2-мъ межреберномъ промежуткѣ слѣва (т.-е. въ области легочной артеріи), а всего слабѣе въ области аорты, что объясняется тѣмъ, что основаніе легочной артеріи лежитъ непосредственно за грудной стѣнкой, т.-е. близко къ мѣсту приложенія стетоскопа, тогда какъ аорта лежитъ глубже, основаніе ея прикрыто легочной артеріей, и мы выслушиваемъ тонъ ея клапановъ вдали отъ мѣста ихъ происхожденія. Относительно *сердечнаго толчка* замѣтимъ, что онъ лежитъ у дѣтей далѣе кнаружи, чѣмъ у взрослыхъ, и тѣмъ больше, чѣмъ моложе ребенокъ, такъ что у дѣтей до 4-хъ лѣтъ онъ заходитъ за l. mamillaris; отъ 4 до 7 лѣтъ онъ всего чаще лежитъ на l. mamillaris, и отъ 7 до 12 лѣтъ кнутри отъ нея (Starck). Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ дальше заходитъ толчокъ верхушки за сосковую линію; по Starck'у у дѣтей до 3-хъ лѣтъ на $1^1/_2$—2 снт.; позднѣе, не болѣе, какъ на 1 снт., а потому, если у маленькаго ребенка толчокъ верхушки заходитъ за l. mamil. болѣе, чѣмъ на 2 снт., а у старшихъ болѣе, чѣмъ на 1 снт., то можно предполагать патологическое смѣщеніе толчка вслѣдствіе гипертрофіи или расширенія сердца, или оттѣсненія его, что должно выяснить дальнѣйшее изслѣдованіе посредствомъ постукиванія и выслушиванія. Съ возрастомъ толчокъ верхушки постепенно приближается къ средней линіи и въ то же время нѣсколько опускается, такъ что у маленькихъ дѣтей онъ ощущается большею частью въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ, а позднѣе въ 5-мъ.

Если у маленькаго ребенка сердечный *толчокъ* всего яснѣе *въ подложечной области,* тоны сердца всего громче на грудинѣ, а абсолютная тупость сердца заходитъ за правый край грудины, то можно считать, что сердце сохранило еще свое зародышевое положеніе на средней линіи (конечно, если только оно не смѣщено лѣвостороннимъ плевритическимъ экссудатомъ). Если сердце оказывается у здороваго ребенка смѣщеннымъ еще далѣе вправо, и сердечный толчокъ ощупывается около праваго края грудины, то надо обратить вниманіе, не перемѣщены ли также печень и селезенка — *situs viscerum inversus.*

Распространенный и сильный *толчокъ* сердца при нормальныхъ границахъ сердечной тупости, при чистыхъ тонахъ и при отсутствіи лихорадки нерѣдко встрѣчается у дѣтей старшаго возраста и указываетъ на нервное сердцебіеніе (обычный спутникъ хлороза

и вообще всякаго сильнаго малокровія). У маленькихъ дѣтей подобнаго рода сердцебіеніе можетъ зависѣть отъ врожденныхъ пороковъ сердца, изъ которыхъ не всѣ сопровождаются шумомъ. Діагностика порока сердца дѣлается еще болѣе вѣроятной, если ребенокъ подъ вліяніемъ незначительныхъ причинъ (небольшой кашель, крикъ) легко получаетъ ціанозъ.

Что касается до результатовъ *постукиванія сердца*, то въ этомъ отношеніи разница сравнительно съ взрослыми состоитъ въ томъ, что *относительная сердечная тупость* у дѣтей замѣчается на большемъ пространствѣ; она тѣмъ выше подымается и тѣмъ дальше заходитъ за правый край грудины, чѣмъ моложе ребенокъ.

У годовалаго верхняя граница сердечной тупости по Starck'у начинается съ хряща 2-го ребра, у ребенка 6-ти лѣтъ — со 2-го межреберпаго промежутка и у 12-лѣтняго — съ 3-го ребра. Правая граница относительной сердечной тупости доходитъ у годовалаго на уровнѣ соска до l. parasternalis, у 6-лѣтняго нѣсколько не доходитъ до нея, и у 12-лѣтняго — въ срединѣ между l. parasternalis и правымъ краемъ грудины. Лѣвый край сердечной тупости во всѣхъ возрастахъ нѣсколько заходитъ за толчокъ верхушки. *Абсолютная тупость* на 1-мъ году жизни начинается отъ нижняго края 3-го ребра, на 6-мъ — отъ верхняго края 4-го ребра и на 12-мъ — отъ нижняго его края. Правая граница абсолютной тупости во всѣхъ возрастахъ доходитъ только до лѣваго края грудины, а лѣвая нѣсколько не доходитъ до l. mamillaris.

Распространенный тупой звукъ сердца при усиленномъ толчкѣ указываетъ на *гипертрофію сердца*, а если сердечный толчокъ ослабленъ, то на *расширеніе сердца* (слабый пульсъ) или на скопленіе жидкости въ полости околосердечной сорочки, т.-е. на *hydropericardium* (anasarca, водянка живота), или на *pericarditis* (шумъ тренія перикардія, нѣкоторая болѣзненность при давленіи на область сердца). Гипертрофія сердца *при чистыхъ тонахъ* даетъ право подозрѣвать у больного существованіе остраго или хроническаго нефрита (изслѣдованіе мочи). Если при гипертрофіи сердца замѣчается еще и жесткость доступныхъ осязанію артерій, напр. плечевыхъ, то существованіе рѣдкой у дѣтей формы хроническаго интерстиціальнаго нефрита очень вѣроятно.

Выслушиваніе сердца у маленькихъ дѣтей значительно затрудняется малой величиной его и очень частыми сокращеніями; вслѣдствіе этихъ двухъ причинъ не всегда легко опредѣлить мѣсто происхожденія шума и время его.

Имѣя дѣло съ шумомъ въ области сердца, надо рѣшить прежде всего, происходитъ ли онъ въ самомъ сердцѣ или въ перикардіи; въ первомъ случаѣ: зависитъ ли онъ отъ органической болѣзни сердца, т.-е. порока клапановъ, или это шумъ такъ называемый функціональный или малокровный.

Перикардіальный шумъ въ большинствѣ случаевъ легко узнается уже по своему характеру, напоминающему не то царапаніе, не то хрустѣніе (въ отличіе отъ дующаго сердечнаго шума); далѣе можно руководствоваться тѣмъ, что шумъ тренія перикардія во многихъ случаяхъ усиливается при надавливаніи стетоскопомъ или при переходѣ изъ лежачаго положенія въ сидячее, и еще тѣмъ, что шумъ этотъ *слышится только на ограниченномъ пространствѣ* и не проводится въ сосуды шеи. Всего чаще шумъ тренія перикардія появляется у основанія сердца, напр. на грудинѣ въ области 3-го ребра. По времени онъ не совпадаетъ ни съ систолой, ни съ діастолой.

Малокровные шумы отличаются отъ органическихъ, главнымъ образомъ, тѣмъ, что при нихъ нѣтъ никакихъ другихъ признаковъ пораженія сердца, т.-е. тупой звукъ остается въ нормальныхъ границахъ и 2-й тонъ легочной артеріи неусиленнымъ; они всегда совпадаютъ съ первымъ временемъ (никогда съ діастолой сердца) и всего чаще слышатся при основанія сердца, въ области легочной артеріи (въ аортѣ почти никогда), т.-е. слѣва отъ грудины во 2-мъ промежуткѣ и на самой грудинѣ; характерно далѣе и то, что подобные шумы встрѣчаются только у малокровныхъ и истощенныхъ или у лихорадящихъ субъектовъ и сопровождаются обыкновенно шумомъ въ шейныхъ венахъ. Анемичные сердечные шумы едва ли когда-нибудь встрѣчаются у дѣтей до 3-лѣтняго возраста; подтвержденіе этому мы находимъ въ работѣ Hochsinger'a (Die Auscultation des kindlichen Herzens. 1890. Wien). Его наблюденія относятся къ 94-мъ случаямъ рѣзко выраженной анэміи; у дѣтей въ возрастѣ до 4-хъ лѣтъ анэмическій шумъ ему не встрѣтился ни разу, на 5-мъ году въ 5%, на 6-мъ = 25% и на 7-мъ = 40%. Крайняя рѣдкость акцидентальныхъ шумовъ у маленькихъ дѣтей значительно увеличиваетъ діагностическое значеніе сердечныхъ шумовъ въ этомъ возрастѣ и позволяетъ съ большой вѣроятностью предполагать органическое страданіе сердца на основаніи одного лишь систолическаго шума, въ какомъ бы мѣстѣ онъ ни былъ, даже и въ томъ случаѣ, если бы этотъ шумъ не сопровождался ни усиленнымъ 2-мъ тономъ легочной артеріи, ни увеличе-

ніемъ сердечной тупости и т. п., что не особенно рѣдко встрѣчается, напр., въ свѣжихъ случаяхъ эндокардита.

Акцидентальные шумы, по Hochsinger'у, всего сильнѣе слышатся въ области легочной артеріи (или исключительно только здѣсь), никогда не распространяются на всю сердечную область (напр. на аорту) и на спину и никогда не заглушаютъ 1-го тона. Съ улучшеніемъ малокровія шумъ ослабѣваетъ.

За органическій шумъ въ сердцѣ можетъ быть принятъ иной разъ рѣзко выраженный *венозный шумъ,* который въ легкихъ случаяхъ слышится только на шеѣ, около задняго края m. st.-cl.-mast. вблизи мѣста прикрѣпленія его къ ключицѣ, но иногда и *ниже ключицы, до 2-го и даже до 3-го ребра,* съ обѣихъ сторонъ (in vena anonyma) и тогда можетъ быть принятъ за сердечный шумъ. Ошибка въ этомъ отношеніи тѣмъ возможнѣе, что венозный шумъ усиливается подъ вліяніемъ всѣхъ условій, ускоряющихъ токъ крови въ шейныхъ венахъ, а стало-быть, и во время діастолы и потому онъ можетъ симулировать діастолическій шумъ аорты или легочной артеріи и дать поводъ діагносцировать несуществующую недостаточность тѣхъ или другихъ полулунныхъ клапановъ.

Венозные шумы какъ на шеѣ, такъ и ниже ключицъ, встрѣчаются какъ *у маленькихъ дѣтей,* лѣтъ до двухъ, такъ и у болѣе взрослыхъ, но чаще у первыхъ. Отъ сердечныхъ шумовъ они отличаются, во 1-хъ, своимъ постояннымъ характеромъ (венозный шумъ рѣдко бываетъ перемежающимся; если во время діастолы онъ и усиливается, то все же не совсѣмъ исчезаетъ и при систолѣ); во 2-хъ, интенсивность ихъ значительно измѣняется въ зависимости отъ поворота головы: шумъ усиливается при поворотѣ лица въ ту или другую сторону и ослабѣваетъ или даже совсѣмъ исчезаетъ при прямомъ положеніи головы. Легкое надавливаніе на вену стетоскопомъ или пальцемъ усиливаетъ шумъ, но полное сдавленіе ея уничтожаетъ его.

Если венозный шумъ слышится только на шеѣ и тѣмъ болѣе еще, если только при поворотѣ лица въ сторону, то онъ не имѣетъ діагностическаго значенія, но если онъ легко констатируется и ниже ключицъ или на грудино-ключичномъ сочлененіи, то всегда указываетъ на анэмію.

Значеніе органическихъ шумовъ у дѣтей то же, что и у взрослыхъ, и потому при діагностикѣ болѣзней сердца обращается вниманіе на мѣсто происхожденія шума (гдѣ онъ всего сильнѣе слышенъ) и на признаки гипертрофіи сердца, но при изслѣдованіи

надо имѣть въ виду, что у маленькихъ дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ, встрѣчаются врожденные пороки сердца, діагностика которыхъ помимо вышеприведенныхъ условій (частота пульса, малые размѣры сердца) затрудняется еще тѣмъ, что они сравнительно рѣдко бываютъ чистыми, чаще же комбинированными, т.-е. страданіе одного клапана ведетъ къ разстройству другого, напр. врожденное суженіе легочной артеріи почти непремѣнно комбинируется съ открытіемъ Боталлова протока или съ недостаточнымъ развитіемъ межжелудочковой перегородки; суженіе tricuspidalis — съ открытіемъ овальнаго отверстія и т. п., вслѣдствіе чего шумы могутъ происходить въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Какъ на особенность врожденныхъ пороковъ сердца можно указать между прочимъ на то, что они по преимуществу касаются праваго сердца (легочной артеріи) и что такого рода больные очень наклонны къ ціанозу (сильно синѣютъ во время крика) и отличаются слабостью мышцъ и упадкомъ общаго питанія.

Къ порокамъ сердца, имѣющимъ спеціальное отношеніе къ дѣтскому возрасту, по своему происхожденію (врожденность), относятся слѣдующіе:

1) Суженіе легочной артеріи; 2) открытіе Боталлова протока; 3) недостаточность полулунныхъ клапановъ легочной артеріи; 4) суженіе и 5) недостаточность трехстворчатаго клапана; 6) недостатокъ развитія межжелудочковой перегородки и 7) открытіе овальнаго отверстія.

Если тотъ или другой изъ этихъ пороковъ существуетъ въ чистомъ видѣ, то можетъ быть узнанъ по слѣдующимъ признакамъ: *суженіе легочной артеріи,* какъ и *открытіе Боталлова протока,* выражается *систолическимъ шумомъ* въ *области легочной артеріи* (2-й промежутокъ слѣва) и *гипертрофіей съ расширеніемъ праваго желудочка* (увеличеніе сердечной тупости вправо, пульсація подъ ложечкой). Разница въ томъ, что при открытіи Боталлова протока легочная артерія переполняется кровью и потому 2-й тонъ ея значительно усиливается, между тѣмъ какъ при стенозѣ легочной артеріи 2-й тонъ никогда не бываетъ усиленъ, но зато ціанозъ въ послѣднемъ случаѣ бываетъ гораздо рѣзче выраженъ, чѣмъ при открытіи Боталлова протока. Для діагностики суженія легочной артеріи одного шума не достаточно, но необходимо доказать расширеніе праваго желудочка. При пріобрѣтенномъ суженіи легочной арт. никогда не бываетъ шума въ сонныхъ артеріяхъ, каковымъ обстоятельствомъ пользуются въ сомнительныхъ случаяхъ для отли-

чія суженія легочной арт. отъ стенозовъ аорты, но при врожденныхъ порокахъ этотъ признакъ не имѣетъ рѣшающаго значенія, такъ какъ систолическій шумъ въ сонныхъ артеріяхъ можетъ сопровождать стенозъ легочной артеріи и именно при одновременномъ существованіи отверстія въ межжелудочковой перегородкѣ (частый спутникъ стеноза art. pulmonalis) или открытія Боталлова протока.

Общими признаками *суженія и недостаточности трехстворчатаго клапана* будутъ: увеличеніе сердечной тупости вправо вслѣдствіе гипертрофіи и дилятаціи праваго сердца (особенно предсердія), сильный венозный застой, выражающійся ціанозомъ, водянкой и венознымъ пульсомъ, запустѣніе легочной артеріи, и потому 2-й тонъ ея не усиливается. Это тѣ же симптомы, что встрѣчаются и при суженіи легочной артеріи, но разница въ мѣстѣ наисильнѣйшаго шума: при порокахъ трехстворчатаго клапана — близъ праваго края грудины въ области 4-го или 5-го межреберья: при стенозѣ онъ діастолическій, при недостаточности — систолическій.

При *дефектахъ въ межжелудочковой перегородкѣ* кровь во время систолы переходитъ отчасти изъ лѣваго желудочка въ правый, который вслѣдствіе этого гипертрофируется; отъ повышеннаго давленія въ легочной артеріи 2-й тонъ ея усиливается; при верхушкѣ сердца слышится систолическій шумъ. Это тѣ же припадки, что встрѣчаются и при недостаточности двухстворчатаго клапана, такъ что точная діагностика рѣдко возможна, а именно въ тѣхъ случаяхъ, когда систолическій шумъ слышится на грудинѣ въ области 3-го промежутка при ясныхъ тонахъ на всѣхъ отверстіяхъ.

Открытіе овальнаго отверстія во многихъ случаяхъ не проявляется никакими объективными симптомами. Если, какъ это бываетъ нерѣдко, невозможно разобрать, въ какомъ именно мѣстѣ происходитъ шумъ и съ какимъ временемъ онъ совпадаетъ, при этомъ ясно выраженная гипертрофія сердца и ціанозъ или наклонность къ нему, то діагностика не идетъ далѣе констатированія врожденнаго порока сердца.

Имѣя дѣло съ сердечными шумами у ребенка, не всегда легко рѣшить, зависятъ ли они отъ врожденнаго порока сердца или отъ пріобрѣтеннаго. При рѣшеніи подобнаго вопроса важное значеніе имѣетъ анамнезъ. Въ пользу врожденнаго порока говорятъ слѣдующія обстоятельства: 1) уже съ первыхъ мѣсяцевъ жизни ребенокъ проявлялъ расположеніе къ ціанозу, напр. синѣлъ во время крика и кашля; 2) родителямъ постоянно бросалась въ глаза усиленная дѣятельность сердца; 3) шумы сердца были можетъ быть конста-

тированы врачомъ въ первые мѣсяцы жизни; 4) ребенокъ родился въ состояніи асфиксіи (это обстоятельство играетъ роль въ этіологіи открытаго Боталлова протока); 5) ребенокъ не страдалъ ни ревматизмомъ, ни другими какими-либо острыми инфекціонными болѣзнями, располагающими къ пораженію сердца. (Хотя въ дѣтскомъ возрастѣ и встрѣчается сравнительно нерѣдко *идіопатическій эндокардитъ*, но онъ почти всегда кончается выздоровленіемъ въ теченіе 2—4—8 недѣль).

Если анамнезъ не полонъ или вообще не выясняетъ дѣла, то большое значеніе могутъ имѣть для діагностики слѣдующія обстоятельства:

1) *Возрастъ* до 3-хъ лѣтъ. У маленькихъ дѣтей пріобрѣтенные пороки встрѣчаются крайне рѣдко, а акцидентальные или анэмическіе шумы еще рѣже, слѣдовательно сердечный шумъ у маленькаго ребенка уже самъ по себѣ является надежнымъ доказательствомъ существованія врожденнаго порока, особенно если онъ *громокъ* и распространенъ, такъ какъ въ этомъ возрастѣ пріобрѣтенные пороки сердца почти исключительно являются въ видѣ легкой недостаточности митральнаго клапана, выражающейся *мягкимъ* дующимъ шумомъ.

2) Врожденный порокъ сердца можно предполагать съ большой увѣренностью во всѣхъ случаяхъ, когда имѣемъ дѣло съ *распространеннымъ* по всей сердечной области *громкимъ* шумомъ безъ выраженнаго punctum maximum шума, что нерѣдко наблюдается при комбинированныхъ порокахъ, каковые почти всегда бываютъ врожденными; напротивъ при пріобрѣтенныхъ порокахъ punctum maximum опредѣляется обыкновенно легко.

3) Врожденные пороки сердца въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываютъ такого свойства, что они даютъ поводъ къ появленію только *систолическаго шума* (стенозъ легочной артеріи или восходящей части аорты, открытіе Боталлова протока, отверстіе въ межжелудочковой перегородкѣ, недостаточность митральнаго или трехстворчатаго клапановъ вслѣдствіе фетальнаго эндокардита, а также и комбинація нѣкоторыхъ изъ этихъ пороковъ). По этой причинѣ чистые діастолическіе шумы едва ли когда являются при врожденныхъ порокахъ; они рѣдко встрѣчаются даже и въ комбинаціи съ систолическимъ шумомъ (сравнительно чаще это бываетъ у дѣтей старшаго возраста вслѣдствіе присоединившагося эндокардита клапановъ). Значитъ чистый діастолическій шумъ исключаетъ врожденный порокъ сердца.

4) Ціанозъ кожи и слизистыхъ оболочекъ или расположеніе къ ціанозу (появленіе его при всякомъ крикѣ, кашлѣ и т. п.) *безъ всякихъ* другихъ ясно выраженныхъ *симптомовъ разстройства компенсаціи* встрѣчается только при врожденныхъ порокахъ сердца. Если ціанозъ у ребенка замѣчается съ первыхъ дней жизни, то діагностику врожденнаго порока сердца можно ставить съ полной увѣренностью даже и при отсутствіи шумовъ и безъ увеличенія сердечной тупости.

5) При наличности сердечнаго шума въ пользу предположенія врожденнаго порока можетъ говорить всякое уродство или порокъ развитія (labium lapurinum, polatum fis. polidyctalia, epispadia и проч.). То же значеніе имѣетъ отсталость физическаго и умственнаго развитія, общая слабость организма и сильная блѣдность съ первыхъ лѣтъ жизни.

Къ этимъ даннымъ можно прибавить еще слѣдующія положенія, выведенныя Hochsinger'омъ изъ своихъ наблюденій (1. c. p. 145):

1) *Очень громкіе сердечные шумы при нормальной или незначительно увеличенной сердечной тупости встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ только при врожденныхъ болѣзняхъ сердца.* Если же громкіе шумы служатъ выраженіемъ пріобрѣтеннаго порока сердца, то они сопровождаются почти всегда значительнымъ увеличеніемъ сердечной тупости.

2) *Сердечные шумы при большой сердечной тупости, но при слабомъ толчкѣ верхушки* у маленькихъ дѣтей говорятъ въ пользу *врожденныхъ* измѣненій, ибо распространеніе тупого звука указываетъ въ такихъ случаяхъ на гипертрофію праваго сердца, тогда какъ лѣвое измѣнено мало, между тѣмъ какъ при пріобрѣтенномъ эндокардитѣ дѣтей поражается, главнымъ образомъ, лѣвое сердце, и потому сердечный толчокъ оказывается усиленнымъ.

3) *Полное отсутствіе шумовъ при верхушкѣ, при ясномъ существованіи ихъ на грудинѣ и въ области легочной артеріи* говоритъ скорѣе за *дефектъ* межжелудочковой *перегородки* или *суженіе легочной артеріи,* чѣмъ за эндокардитъ.

4) *Ненормально слабый 2-й тонъ легочной артеріи при явновыраженномъ систолическомъ шумѣ* въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ можетъ быть объясненъ только *врожденнымъ стенозомъ легочной артеріи,* и потому симптомъ этотъ имѣетъ весьма важное діагностическое значеніе.

5) *Отсутствіе замѣтнаго fremissement, несмотря на очень громкіе шумы во всей прекордіальной области,* встрѣчается почти

только при врожденныхъ дефектахъ въ перегородкѣ и слѣдовательно говоритъ противъ пріобрѣтеннаго страданія сердца.

6) *Громкіе систолическіе шумы, съ puncium maximum на верхней трети грудины* и при отсутствіи значительной гипертрофіи лѣваго желудочка, очень важны для діагноза *открытаго Боталлова протока* и не могутъ быть объяснены эндокардитомъ клапановъ аорты.

Hochsinger придаетъ между прочимъ громадное значеніе усиленію 2-го тона. Дѣло въ томъ, что у маленькихъ дѣтей, въ отличіе отъ взрослыхъ, 2-й тонъ при основаніи сердца въ нормальномъ состояніи никогда не бываетъ акцентуированъ, такъ что если 2-й тонъ легочной артеріи превалируетъ надъ первымъ, то это несомнѣнно указываетъ на значительно повышенное давленіе въ маломъ кругу кровообращенія. Если усиленный 2-й тонъ констатируется у ціанотичнаго новорожденнаго или грудного ребенка, то діагностика во многихъ случаяхъ значительно облегчается, какъ напр. при слѣдующихъ условіяхъ.

1) Громкіе шумы на рукояткѣ грудины, ціанозъ и усиленный 2-й тонъ говорятъ въ пользу *широкаго открытія Боталлова протока*.

2) Чистые тоны, очень значительный ціанозъ и рѣзко усиленный 2-й тонъ являются патогномоничными признаками врожденной транспозиціи легочной артеріи и аорты (собственно говоря усиленный 2-й тонъ въ этомъ случаѣ указываетъ на происхожденіе легочной артеріи изъ лѣваго желудочка).

3) Сердечные шумы, не относящіеся къ отверстіямъ сердца (напр. на грудинѣ въ области 3-го ребра), ціанозъ и рѣзко усиленный 2-й тонъ съ большой вѣроятностью говорятъ въ пользу *комбинацій транспозиціи сосудовъ* съ отверстіемъ въ межжелудочковой перегородкѣ.

Частота пульса у дѣтей подвержена еще бо́льшимъ колебаніямъ, чѣмъ дыханіе; крикъ и безпокойство ребенка настолько учащаютъ пульсъ, что счисленіе его въ это время не можетъ дать годнаго результата; у маленькихъ дѣтей нѣкоторое значеніе имѣетъ только счисленіе пульса во время сна. Счетъ пульса производится пальцемъ, слегка надавливая имъ на лучевую артерію; при лихорадочномъ состояніи и вообще при всякомъ значительномъ учащеніи пульса, напр. до 160 и больше, чтобы не сбиться со счета, слѣдуетъ считать два удара за одинъ; при такомъ способѣ можно правильно сосчитать даже и 200 ударовъ въ минуту, между тѣмъ какъ при обыкновенномъ способѣ счисленія, языкъ не успѣваетъ даже и за 160

ударами. При изслѣдованіи пульса обращаютъ вниманіе главнымъ образомъ на частоту и ритмъ пульса и на полноту его.

За норму частоты пульса принимаютъ въ 1-ю половину года отъ 120 до 140, во вторую отъ 100 до 130, на 2-мъ году 90—120; отъ 3—5 лѣтъ 72—110; отъ 6—7 лѣтъ 70—100. При крикѣ и лихорадкѣ пульсъ учащается на 20—50 ударовъ.

Замедленный и *неправильный* пульсъ всего чаще встрѣчается при мозговыхъ болѣзняхъ, протекающихъ съ припадками сдавленія мозга, но также при всякаго рода желтухѣ (у дѣтей старшаго возраста), при гастритахъ, въ періодѣ выздоровленія послѣ острыхъ лихорадочныхъ болѣзней, подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ лѣкарствъ (digitalis, опій), а у нѣкоторыхъ дѣтей даже и въ нормальномъ состояніи. Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ слабѣе функціонируютъ задерживающіе нервные аппараты вообще и въ частности vagus, и потому тѣмъ рѣже встрѣчается замедленный пульсъ; у дѣтей на 1-мъ и даже на 2-мъ году жизни рѣдко можно констатировать характерный мозговой пульсъ даже и при острой головной водянкѣ; въ этомъ возрастѣ ужъ и относительное замедленіе, напр. 112 ударовъ при температурѣ въ 38° можетъ имѣть значеніе для діагностики мозгового страданія, тогда какъ у дѣтей старшаго возраста пульсъ въ таких случаяхъ падаетъ до 70 и даже до 60 ударовъ въ минуту.

Въ большой зависимости отъ состоянія органовъ дыханія и кровообращенія находится между прочимъ *крикъ* и потому можно здѣсь же сказать нѣсколько словъ по поводу этого симптома, столь часто встрѣчающагося у маленькихъ дѣтей.

Громкій крикъ при рожденіи принадлежитъ къ числу нормальныхъ и весьма желанныхъ явленій; онъ свидѣтельствуетъ о глубокомъ первомъ вздохѣ; наоборотъ, пискливый, слабый крикъ при рожденіи указываетъ либо на общую слабость ребенка (недоносокъ), либо онъ стоитъ въ связи съ ненормальнымъ ходомъ родового акта и съ внутриутробной асфиксіей ребенка и заставляетъ предполагать у новорожденнаго легочные ателектазы или врожденные пороки сердца (въ тѣсной связи съ ателектазами стоитъ напр. открытіе Боталлова протока).

Продолжительный громкій крикъ указываетъ на какую-нибудь острую боль у ребенка.

Выяснить причину крика удается обыкновенно дальнѣйшимъ изслѣдованіемъ больного. Отъ чего бы ни зависѣлъ крикъ, прежде всего надо распеленать ребенка и осмотрѣть не только все тѣло его,

но и пеленки и кровать. Причиной постояннаго безпокойства и непокойнаго сна можетъ оказаться какая-нибудь иголка, нечаянно попавшая въ тюфякъ, или присутствіе въ кроваткѣ клоповъ или блохъ.

При опредѣленіи причинъ крика надо имѣть въ виду, что не всякая сильная боль сопровождается у ребенка громкимъ крикомъ. Если боль усиливается подъ вліяніемъ застоя венозной крови или при дѣйствіи брюшного пресса или при глубокомъ вздохѣ, то при такого рода боли ребенокъ избѣгаетъ сильнаго крика, онъ будетъ стонать, жалобно хныкать или пищать, но не кричать изо всей силы. На этомъ основаніи можно руководствоваться крикомъ для исключенія головной боли отъ менингита, боли въ груди при плевропнеймоніи и въ животѣ отъ перитонита. Напротивъ того, наисильнѣйшимъ крикомъ сопровождаются у дѣтей: 1) острые нарывы въ подкожной клѣтчаткѣ (у новорожденныхъ спеціальнаго упоминанія заслуживаетъ воспаленіе грудныхъ железъ), 2) острыя пораженія костей и сочлененій (переломъ, синовитъ; патогномонично для этихъ страданій моментальное появленіе сильнѣйшаго крика при малѣйшемъ пассивномъ движеніи пораженной конечности), 3) колики при диспепсіи, 4) затрудненное мочеиспусканіе, 5) воспаленіе наружнаго или средняго уха и 6) голодъ.

Первая и вторая категорія причинъ крика опредѣляются или исключается на основаніи результатовъ общаго осмотра всего тѣла.

Крикъ отъ диспептической колики характеризуется тѣмъ, что появляются нѣсколько разъ въ день, особенно ночью, въ видѣ сильныхъ приступовъ, которые быстро начинаются, но сразу и оканчиваются; въ промежуткахъ между крикомъ ребенокъ кажется совсѣмъ здоровымъ: онъ веселъ и не лихорадитъ. (Температура выше 38° исключаетъ простую диспепсію). Ребенокъ часто испускаетъ вѣтры и нерѣдко онъ моментально успокоивается послѣ выхода газовъ; испражненія его представляютъ признаки диспепсіи (зеленоватый цвѣтъ и примѣсь бѣлыхъ комковъ). При изслѣдованіи живота онъ оказывается болѣе или менѣе вздутымъ. Особенно характерно для крика отъ коликъ то, что онъ немедленно прекращается послѣ испражненія, а потому съ діагностической цѣлью можно съ большимъ успѣхомъ прибѣгпуть къ клистиру.

Невѣроятно, что ребенокъ кричитъ отъ коликъ, если испражненія его нормальнаго цвѣта и консистенціи, если животъ не вздутъ и мягокъ и если есть лихорадочное состояніе. Діагностика коликъ часто ставится на томъ основаніи, что ребенокъ во время крика,

будучи распеленатъ, „сучитъ ножками", т.-е. то притягиваетъ бедра къ животу, то отталкиваетъ ихъ и при этомъ третъ одной голенью о другую. Признакъ этотъ особеннаго значенія не имѣетъ, такъ какъ встрѣчается при всякомъ сильномъ крикѣ. Крикъ отъ коликъ всего чаще встрѣчается у дѣтей 3-хъ мѣсяцевъ отъ роду.

Крикъ, зависящій отъ *болѣзненнаго мочеиспусканія,* характеризуется тѣмъ, что ребенокъ кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и успокоивается послѣ выхода мочи.

Для дѣтей первыхъ недѣль жизни въ числѣ причинъ надо имѣть въ виду *почечный песокъ* (остатки песка на praeputium или на пеленкахъ) и высокую степень *фимоза;* чтобъ убѣдиться въ томъ, что крикъ зависитъ отъ спазма мочевого пузыря, нужно только послѣдить за пеленками: если окажется, что каждый разъ онѣ дѣлаются мокрыми съ окончаніемъ крика, то спазмъ пузыря, какъ причина крика, становится очень вѣроятнымъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда можно исключить диспепсію. По Politzer'у (Jahrb. f. Kinderh. 1884, S. 30) распознаваніе подтверждается назначеніемъ ликоподія въ формѣ эмульсіи, быстро устраняющей простой спазмъ пузыря. Онъ приводитъ случай спазма у 2-лѣтней дѣвочки, которая въ теченіе 4 недѣль каждую ночь кричала по 8—10 разъ, и успокоилась послѣ первыхъ пріемовъ ликоподія.

Если *крикъ* зависитъ *отъ воспаленія уха,* то онъ усиливается отъ давленія на tragus или при оттягиваніи ушной раковины кзади, а также при сотрясеніяхъ тѣла и быстрыхъ движеніяхъ головы, при глотаніи и сосаніи; Tröltsch считаетъ поэтому очень характернымъ для крика отъ воспаленія ушей то, что онъ появляется, между прочимъ, всякій разъ, какъ только ребенокъ начинаетъ сосать грудь или рожокъ. Если врачъ подозрѣваетъ причину крика въ страданіи ушей, то блистательную поддержку своимъ подозрѣніямъ онъ можетъ найти въ терапіи: нерѣдко случается, что такой крикъ продолжавшійся съ малыми антрактами цѣлый день, немедленно прекращается вслѣдъ за вливаніемъ въ оба слуховыхъ прохода нѣсколькихъ капель подогрѣтаго масла или раствора кокаина.

Если боль въ ушахъ вызывается чирьеобразнымъ воспаленіемъ наружнаго слухового прохода, то діагностика легка ужъ при простомъ осмотрѣ ушей.

Боль, зависящая отъ otitis externa или media, обыкновенно сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ.

Крикъ отъ голода узнать не трудно, но, несмотря на то, очень часто онъ остается неузнанымъ въ теченіе многихъ дней и даже

недѣль, что зависитъ отъ того, что врачъ не имѣетъ его въ виду. Чтобы узнать крикъ отъ голода, надо принять за правило осматривать грудь кормящей всегда, когда приходится имѣть дѣло съ кричащимъ ребенкомъ. Для избѣжанія возможной ошибки слѣдуетъ изслѣдовать количество молока непосредственно послѣ того, какъ ребенокъ пососалъ грудь; если при этомъ молоко будетъ выдавливаться только по каплямъ, то молока въ грудяхъ мало, и наоборотъ, если послѣ сосанія удается безъ труда выдавливать молоко изъ грудей нѣсколькими струйками, то можно сказать смѣло, что ребенокъ кричитъ не отъ голода (предполагая, конечно, что ребенокъ можетъ хорошо сосать грудь, и что кормилица, недовольная мѣстомъ, не моритъ его голодомъ умышленно). Если есть подъ руками вѣсы, то діагностика значительно облегчается, такъ какъ во 1-хъ, можно прямо опредѣлить, сколько именно высосалъ ребенокъ молока*), и во 2-хъ, посредствомъ ежедневнаго взвѣшиванія можно констатировать быструю убыль вѣса ребенка. Если для объясненія убыли вѣса нѣтъ ни лихорадочнаго состоянія, ни другой какой-либо болѣзни, напр. поноса, то одно ужъ это обстоятельство способно говорить въ пользу голоданія.

Голодающіе дѣти рѣдко мочатся и страдаютъ обыкновенно запоромъ, хотя диспепсія нисколько не исключаетъ голоданія, такъ какъ малое количество молока въ грудяхъ обыкновенно совпадаетъ съ его дурнымъ качествомъ.

Если есть подозрѣніе на то, что ребенокъ кричитъ отъ голода, то окончательно убѣдиться въ этомъ очень легко, для этого нужно только покормить ребенка коровьимъ молокомъ, послѣ чего онъ успокоивается и на нѣсколько часовъ засыпаетъ крѣпкимъ сномъ, какимъ онъ давно ужъ не спалъ.

Итакъ, имѣя дѣло съ кричащимъ ребенкомъ, надо его распеленать и осмотрѣть все тѣло и пощупать уши, справиться объ испражненіяхъ и мочеиспуканіи, изслѣдовать количество молока и, сообразно полученнымъ даннымъ, примѣнить для окончательнаго распознаванія то или другое терапевтическое средство.

Продолжительный, сильный *крикъ, правильно повторяющійся* въ извѣстные часы, по всей вѣроятности зависитъ отъ типической нейралгіи малярійнаго происхожденія; распознаваніе подтверждается блистательнымъ дѣйствіемъ хинина, даннаго за 4—6 часовъ до начала ожидаемаго крика. Въ другихъ случаяхъ подобный періо-

*) Въ первые мѣсяцы жизни онъ долженъ высасывать каждый разъ около $^1/_{100}$ вѣса своего тѣла.

дическій крикъ, особенно послѣ полуночи, можетъ зависѣть отъ начинающейся meningitis spinalis вслѣдствіе костоѣды позвоночника.

Короткій, сильный крикъ или громкое монотонное *вскрикиваніе,* замѣчаемое у ребенка, находящагося въ сонливомъ состояніи, всего чаще встрѣчается при острой головной водянкѣ и при гидроцефалоидѣ (см. соотв. главу) и потому такой крикъ называется clamor cephalicus.

Совершенно иное значеніе имѣетъ ночной крикъ, 2—3-минутной продолжительности у дѣтей 5—8-лѣтняго возраста, вообще совершенно здоровыхъ. Такой крикъ сопровождается *испуганнымъ выраженіемъ лица* и повторяется или каждую ночь, или черезъ нѣсколько ночей, но почти всегда въ первые часы сна; онъ характеризуетъ т. н. *ночной испугъ.* По Politzer'у, характерно также для діагностики ночного испуга вѣрное и быстрое дѣйствіе хинина по 5—8 гр. за 2 часа до сна нѣсколько дней подъ рядъ.

Крикъ при испражненіи кала въ *комбинаціи съ боязнью акта дефекаціи* и упорнымъ запоромъ можетъ считаться патогномоничнымъ признакомъ для трещины задняго прохода. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ, у дѣвочки 3-хъ лѣтъ, „боязнь горшка" замѣчалась не передъ дефекаціей, а при каждомъ мочеиспусканіи, которое всякій разъ сопровождалось крикомъ. Причиной крика оказались поверхностныя ссадины на внутренней поверхности labii majoris.

Для діагностики можетъ имѣть значеніе также и тембръ голоса. *Хриплый голосъ* указываетъ на пораженіе гортани; въ острыхъ случаяхъ надо предполагать или катарръ или крупъ, а въ хроническихъ всего скорѣе сифилисъ. У дѣтей въ первыя недѣли жизни хриплый голосъ является обычнымъ слѣдствіемъ слишкомъ громкаго многодневнаго, почти безпрерывнаго крика, который въ такой формѣ едва ли когда встрѣчается при простыхъ коликахъ, но часто зависитъ отъ голода, отъ образованія гдѣ-либо абсцесса (mastitis) или отъ страданія ушей.

Носовой оттѣнокъ голоса (гнусавость) замѣчается во всѣхъ случаяхъ паралича нёбной занавѣски послѣ дифтерита и очень часто при *заднеглоточномъ нарывѣ,* а также при раздвоеніи твердаго нёба, при заложенномъ носѣ и иногда при гипертрофіи тонзиллъ.

Важное діагностическое значеніе *кашля* вытекаетъ изъ того, что онъ прямо указываетъ на пораженіе дыхательныхъ органовъ. Во многихъ случаяхъ по характеру кашля можно судить о мѣстѣ и о натурѣ болѣзни. Такъ, напр., если *кашель появляется въ видѣ сильныхъ приступовъ, прерывающихся свистящимъ вдыханіемъ, и*

состящихъ изъ цѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ, слѣдующихъ другъ за другомъ безъ передышки и кончающихся рвотой или изверженіемъ тягучей мокроты, то мы безъ большого риска ошибиться, можемъ прямо сказать, что у больного коклюшъ (о возможности ошибки см. гл. о коклюшѣ). Короткій, хриплый, такъ называемый *лающій кашель,* указываетъ на ложный или настоящій крупъ.

Въ случаѣ бронхита мы судимъ по характеру кашля о періодѣ болѣзни, и если кашель сухой и частый, мѣшаетъ спать больному, то говоримъ о первомъ періодѣ бронхита; въ случаѣ же влажнаго кашля дѣлаемъ заключеніе о разрѣшеніи катарра. Короткій, болѣзненный кашель, сопровождающійся искаженіемъ чертъ лица или оханьемъ, указываетъ на воспаленіе легкаго или плевры.

Изслѣдованіе мокроты въ дѣтскомъ возрастѣ имѣетъ сравнительно мало значенія, такъ какъ дѣти до 5 лѣтъ, а нерѣдко и постарше обыкновенно проглатываютъ мокроту и потому трудно добыть ее; если маленькій ребенокъ, по словамъ родителей, каждый разъ послѣ кашля выдѣляетъ мокроту наружу, то это обстоятельство говоритъ въ пользу того, что у него коклюшъ.

Присутствіе крови въ мокротѣ у дѣтей встрѣчается крайне рѣдко, такъ какъ одна изъ самыхъ частыхъ причинъ кровохарканья у взрослыхъ, именно чахотка, протекаетъ у дѣтей обыкновенно безъ кровавой мокроты. У дѣтей старшаго возраста кровохарканье встрѣчается почти исключительно только при порокахъ сердца и гораздо рѣже при пурпурѣ. Небольшая примѣсь крови къ мокротѣ встрѣчается иногда послѣ приступовъ сильнаго кашля при бронхитѣ и въ особенности при коклюшѣ. Чаще замѣчается примѣсь крови не къ мокротѣ, а къ слюнѣ; такое плеваніе кровью нерѣдко встрѣчается при язвенныхъ стоматитахъ, особенно при stomacace, а также при дифтеритѣ зѣва.

При *осмотрѣ живота* обращаютъ вниманіе на его величину и форму. Въ нормальномъ состояніи, т.-е. если животъ не увеличенъ и не втянутъ, переднія и боковыя стѣнки его, при положеніи больного на спинѣ, должны стоять на уровнѣ нижняго края грудной клѣтки, т.-е., стѣнки живота составляютъ какъ бы непосредственное продолженіе груди. О семіотикѣ увеличенія живота будетъ сказано въ спеціальной части, а что касается до ввалившагося живота, то самъ по себѣ этотъ симптомъ не имѣетъ иного значенія, кромѣ того, что онъ указываетъ на малое содержаніе въ кишечникѣ газовъ, каковое обстоятельство у ребенка здороваго

можетъ свидѣтельствовать о хорошемъ пищевареніи. Особое діагностическое значеніе ввалившійся животъ получаетъ только при наличности другихъ симптомовъ, такъ напр., если ребенокъ страдаетъ поносомъ, то ввалившійся животъ указываетъ на быстрое выведеніе кишечныхъ газовъ, что наблюдается при очень частыхъ испражненіяхъ, характеризующихъ слизистый или кровавый поносъ. По этой причинѣ ввалившійся животъ несравненно чаще встрѣчается при фолликулярномъ энтеритѣ, чѣмъ при катаррѣ тонкихъ кишокъ.

Если ввалившійся животъ, несмотря на запоръ, наблюдается у лихорадящаго больного, у котораго ходъ температуры и нѣкоторые другіе симптомы говорятъ за тифъ, то одно ужъ отсутствіе метеоризма должно возбуждать во врачѣ подозрѣніе насчетъ возможности туберкулезнаго менингита; подозрѣніе переходитъ въ увѣренность, если больной дѣлается сонливымъ, несмотря на сравнительно низкія температуры (ниже 39°). У маленькихъ дѣтей и у рахитиковъ, отличающихся большимъ животомъ, дѣло обыкновенно не доходитъ до ясно ввалившагося живота, напротивъ того, онъ остается нѣсколько увеличеннымъ даже и въ періодѣ ясно выраженнаго менингита, но въ подобныхъ случаяхъ важно констатировать чрезвычайную мягкость живота и уступчивость его стѣнокъ, такъ что, несмотря на нѣкоторый метеоризмъ, нерѣдко удается проникнуть давящими пальцами вплоть до позвоночника. Подобная *мягкость живота* имѣетъ то же самое діагностическое значеніе, что и ввалившійся животъ у болѣе взрослыхъ дѣтей.

Далѣе при осмотрѣ живота обращаемъ вниманіе у маленькихъ дѣтей на состояніе *пупка*. Въ нормальномъ состояніи остатокъ пуповины у новорожденнаго мумифицируется и отпадаетъ на 5-й день (у недоносковъ и при толстой Вартоновой студени нѣсколько позднѣе). Процессъ мумификаціи не долженъ сопровождаться вонью, указывающей на гніеніе пуповины и зависящей всего чаще отъ нецѣлесообразнаго ухода за пуповиной, когда напр., завертываютъ ее въ масляную тряпочку и тѣмъ самымъ препятствуютъ ея высыханію. Послѣ отпаденія пуповины пупокъ представляетъ гноящуюся поверхность, окруженную вѣнчикомъ слегка воспаленной кожи. Эта пупочная рана заживаетъ приблизительно къ концу 2-й недѣли, но она можетъ гноиться и дольше, и это все-таки не будетъ ненормальностью, если только за это время нисколько не увеличивается реактивное воспаленіе, т.-е. не усиливается ни количество отдѣляемаго, ни краснота кожи, въ противномъ случаѣ го-

ворятъ объ *изъязвленіи* или *экскоріаціи пупка;* если гноящаяся пупочная рана увеличивается по поверхности, отдѣляетъ дурнокачественный гной или покрывается какъ бы ложными оболочками, то говорятъ *о пупочной язвѣ* или *о крупѣ и дифтеритѣ пупка* (мѣстная инфекція). Если при этомъ появляется инфильтрація соединительной ткани въ окружности пупка (яркая краснота, плотная припухлость и болѣзненность при давленіи въ области пупка) и лихорадочное состояніе, то это будетъ воспаленіе или *флегмона пупка* (инфекція соединительной ткани въ окружности пупка) — omphalitis. — Такое состояніе пупка угрожаетъ жизни больного, такъ какъ воспаленіе легко можетъ распространиться на периваскулярную соединительную ткань пупочныхъ сосудовъ, т.-е. развивается *periarteriitis* или *periphlebitis umbilicalis* съ послѣдовательной піэміей или септицеміей. Узнать воспаленіе пупочныхъ сосудовъ не легко, такъ какъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, спеціально указывающихъ на пораженіе ихъ, обыкновенно не бываетъ. Указаніе нѣкоторыхъ авторовъ на красноту кожи по направленію артерій въ большинствѣ случаевъ не оправдывается. Предполагать воспаленіе пупочныхъ сосудовъ можно во всѣхъ случаяхъ, когда при изъязвленномъ пупкѣ ребенокъ начинаетъ сильно лихорадить и скоро впадаетъ въ коллапсъ или когда появляются мѣстные симптомы піэміи въ видѣ подкожныхъ гнойниковъ, воспаленія сочленій, серозныхъ оболочекъ и т. п.

Вообще говоря, periarteriitis встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ periphlebitis и потому при наличности вышеприведенныхъ симптомовъ больше вѣроятности за пораженіе артерій, но если притомъ замѣчается еще сильная желтуха, то есть лишній шансъ за periphlebitis.

Если при осмотрѣ долго гноящагося пупка открывается шарообразная опухоль, величиной съ горошину, сидящая на ножкѣ и при прикосновеніи легко кровоточащая, то подобная опухоль, обязанная своимъ происхожденіемъ разросшимся грануляціямъ, извѣстна подъ именемъ пупочнаго гриба — *fungus umbilici. s. sarcomphalus.* Оставленная безъ лѣченія, опухоль продолжаетъ гноиться въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и можетъ достигнуть до величины лѣсного орѣха, но въ концѣ концовъ все-таки зарубцовывается или отваливается.

Иногда пупокъ бываетъ мѣстомъ обильнаго кровотеченія. Различаютъ артеріальное и паренхиматозное *пупочное кровотеченіе.* Первое наблюдается у дѣтей, у которыхъ была слабо перевязана

пуповина. Кровь показывается изъ пупочныхъ сосудовъ еще до отпаденія пуповины и легко можетъ быть остановлена наложеніемъ новой лигатуры. Напротивъ того, паренхиматозное кровотеченіе отличается чрезвычайнымъ упорствомъ; оно всегда зависитъ отъ общаго заболѣванія организма, такъ называемой *временной гемофиліи,* подъ вліяніемъ которой у ребенка появляются кровотеченія и изъ другихъ органовъ (слизистой оболочки рта, десенъ, vulvae и проч.) и подъ кожу. Паренхиматозное кровотеченіе начинается обыкновенно около 5-го дня и въ громадномъ большинствѣ случаевъ (80—90%) черезъ нѣсколько дней кончается смертью. Временная гемофилія можетъ быть слѣдствіемъ врожденнаго сифилиса, общаго сепсиса и остраго жирового перерожденія новорожденныхъ. Послѣднее заболѣваніе характеризуется на трупѣ паренхиматознымъ перерожденіемъ внутреннихъ органовъ и кровоизліяніями подъ кожу, серозныя оболочки и разные внутренніе органы; клинически болѣзнь выражается желтухой и различными кровотеченіями, при чемъ температура нерѣдко остается нормальной.

Если пупокъ сильно выпяченъ, то это можетъ зависѣть или отъ *пупочной грыжи* или отъ избытка кожи — *кожный пупокъ.* Въ первомъ случаѣ опухоль имѣетъ шаровидную форму и достигаетъ величины отъ лѣсного до грецкаго орѣха; еще болѣе крупныя пупочныя грыжи принимаютъ коническую или грушевидную форму; при сдавленіи опухоли пальцами она легко вправляется чрезъ пупочное кольцо въ животъ, но при крикѣ ребенка опять сейчасъ же появляется. Въ случаѣ кожнаго пупка, послѣдній выдается въ видѣ цилиндрическаго придатка, не измѣняющагося отъ давленія и не вправляющагося; пупочное кольцо не прощупывается; при крикѣ величина и форма пупка не измѣняются.

Послѣ осмотра приступаютъ къ *изслѣдованію живота ощупываніемъ.* Въ нормальномъ состояніи животъ у дѣтей при ощупываніи производитъ впечатлѣніе какъ бы упругой подушки, умѣренно надутой воздухомъ; никакихъ затвердѣній или отдѣльныхъ органовъ прощупать въ немъ нельзя. Исключеніемъ изъ этого правила являются лишь дѣти первыхъ мѣсяцевъ жизни, у которыхъ и въ здоровомъ состояніи нерѣдко прощупываются печень и особенно селезенка. Если какія-либо уплотнѣнія или опухоли прощупываются у ребенка постарше, то это ужъ ненормальность, указывающая либо на увеличеніе, либо на уплотненіе одного изъ органовъ живота (печень, селезенка, лимфатическія железы, почки), либо на новообразованіе воспалительнаго или иного происхожденія.

Ощупываніе живота производится при положеніи больного на спинѣ; рука врача помѣщается на животъ плашмя и концами (мякотью третьихъ фалангъ) пальцевъ производятъ легкое давленіе до тѣхъ поръ, пока ребенокъ не сдѣлаетъ вздоха; во время выдыханія брюшныя стѣнки разслабляются, и давящіе пальцы, опускаясь въ глубь живота, имѣютъ возможность прощупать уплотнѣніе, если оно находится на мѣстѣ давленія руки; во время крика ребенка наиудобнѣйшій моментъ для ощупыванія бываетъ во время глубокаго вздоха, но такъ какъ моментъ этотъ довольно коротокъ, то при ощупываніи кричащаго ребенка требуется значительный навыкъ, но и при этомъ условіи удается констатировать лишь болѣе или менѣе крупныя отклоненія отъ нормы.

Желая опредѣлить нижній край печени или селезенки, начинаютъ изслѣдованіе снизу, напр. отъ горизонтали пупка, и съ каждымъ вздохомъ подымаются давящими пальцами на 1—2 дюйма выше; если край того или другого изъ этихъ органовъ въ данномъ случаѣ можетъ быть ощупанъ, то во время одного изъ вздоховъ онъ и попадается подъ пальцы. Такой способъ постепеннаго перемѣщенія пальцевъ мы рекомендуемъ потому, что ощупать край органа гораздо легче, чѣмъ поверхность его; во многихъ случаяхъ не особенно сильнаго затвердѣнія печени или селезенки поверхность ихъ не удается ощупать даже и тогда, когда края прощупываются легко.

Ощупываніемъ живота мы пользуемся далѣе для оцѣнки степени напряженія брюшныхъ стѣнокъ (при необильныхъ транссудатахъ въ полость брюшины брюшныя мышцы разслаблены, при экссудатахъ — напряжены) и для опредѣленія флюктуаціи.

Посредствомъ *постукиванія живота* мы можемъ опредѣлить границы органовъ (см. болѣзни печенки и селезенки), степень наполненія мочевого пузыря, толщину опухолей, прощупывающихся черезъ брюшную стѣнку (воспалительные инфильтраты въ брюшинѣ и сальникѣ производятъ иногда впечатлѣніе очень объемистыхъ опухолей, но, благодаря своей небольшой толщинѣ, они даютъ при постукиваніи тимпаническій звукъ, чѣмъ рѣзко отличаются отъ солидныхъ новообразованій, исходящихъ отъ ретроперитонеальныхъ железъ, почекъ или яичниковъ); постукиваніемъ же опредѣляемъ мы присутствіе въ полости живота свободно мѣняющей мѣсто жидкости и количество ея (по стоянію верхней границы тупого звука).

При изслѣдованіи *мочеполовыхъ органовъ* обращаютъ вниманіе на состояніе наружныхъ половыхъ органовъ и при жалобахъ на болѣз-

ненное мочеиспусканіе обращаютъ специальное вниманіе на состояніе крайней плоти (фимозъ, balanitis). При задержаніи мочи ощупываніемъ мочеиспускательнаго канала справляются о томъ, нѣтъ ли въ немъ застрявшаго камня и если нѣтъ, то приступаютъ къ катетеризаціи пузыря. Семіотикѣ мочеиспусканія мы посвятимъ отдѣльную главу, а потому распространяться здѣсь по этому поводу не будемъ, но скажемъ нѣсколько словъ по поводу *изслѣдованія мочи.*

Въ нормальномъ состояніи моча у дѣтей, за исключеніемъ новорожденныхъ, представляетъ въ общемъ тѣ же свойства, какъ и у взрослыхъ; она соломенно-желтаго цвѣта, совершенно свѣтла и прозрачна, въ свѣжемъ видѣ не даетъ осадка, слабо-кислой реакціи, около 1005—10 удѣльнаго вѣса и выдѣляется въ тѣмъ большемъ количествѣ, чѣмъ старше ребенокъ. Приблизительно можно сказать, что отъ 1 до 5 лѣтъ приходится въ сутки по 150 грм. на годъ, отъ 5 до 10 лѣтъ — по 125 грм.

У дѣтей на 1-мъ году жизни моча отличается очень блѣднымъ цвѣтомъ и низкимъ удѣл. вѣсомъ (до 1002), у новорожденныхъ, напротивъ, моча бываетъ мутна отъ примѣси слизи, эпителія и мочекислыхъ солей и въ теченіе первыхъ 8—10 дней содержитъ обыкновенно бѣлокъ и цилиндры (физіологическая гиперемія почекъ).

Изслѣдованіе дѣтской мочи производится по тѣмъ же способамъ, какъ и у взрослыхъ, и потому входить въ подробности объ этомъ считаемъ излишнимъ, а ограничимся лишь указаніемъ на нѣкоторые источники ошибокъ при опредѣленіи бѣлка въ мочѣ по общеупотребительнымъ способамъ. Кто не знаетъ о возможности подобныхъ ошибокъ, тотъ можетъ не найти бѣлка даже и тамъ, гдѣ его очень много или, наоборотъ, опредѣлить альбуминурію при нормальной мочѣ.

Извѣстно, что щелочная моча не даетъ реакціи на бѣлокъ при кипяченіи, и потому въ всѣхъ руководствахъ дается совѣтъ слегка подкислять мочу уксусной или азотной кислотой, при чемъ упоминается, что въ *избыткѣ* этихъ кислотъ бѣлокъ при кипяченіи растворяется, и реакція не удается, слѣдовательно надо прибавлять къ мочѣ не болѣе нѣсколькихъ капель реактива. Но вотъ фактъ, на который я наткнулся случайно и на который я не нашелъ пока нигдѣ ясныхъ указаній: *1—2 капли ac. nitrici puri, прибавленныя къ нѣсколькимъ кубическимъ сантиметрамъ кислой мочи, не позволяютъ бѣлку свертываться при нагрѣваніи,* такъ что моча, даже и *очень богатая бѣлкомъ* и *ясно кислой реакціи,* остается совершенно прозрачной, между тѣмъ какъ при прибавленіи еще

нѣсколькихъ капель той же кислоты, реакція съ кипяченіемъ удается прекрасно, равно какъ удается она и безъ всякой прибавки кислоты*). Подобные опыты я много разъ показывалъ и студентамъ, и товарищамъ по больницѣ. Изъ сказаннаго понятно, какъ легко можетъ случиться, что бѣлокъ не будетъ найденъ, несмотря на значительную альбуминурію.

Извѣстно далѣе, что мутность мочи, получающаяся отъ простого прибавленія азотной кислоты *безъ кипяченія,* еще не доказываетъ присутствія въ мочѣ бѣлка, такъ какъ такая реакція можетъ получиться еще отъ пропептона (очень рѣдко) или отъ мочекислыхъ солей (часто). Въ обоихъ случаяхъ подогрѣваніе снова просвѣтляетъ мочу; если же мутность зависитъ отъ бѣлка, то при кипяченіи она не только не исчезаетъ, а даже усиливается, и получаются хлопья бѣлка; въ виду этого, руководства рекомендуютъ не ограничиваться одной пробой съ азотной кислотой, а провѣрять ее кипяченіемъ.

Совѣтъ этотъ понимается нѣкоторыми въ томъ смыслѣ, что надо взять въ пробирку новую порцію мочи, которую и вскипятить; въ случаѣ положительнаго результата (появленіе мути) присутствіе бѣлка въ мочѣ считается доказаннымъ; но здѣсь опять можетъ произойти ошибка, потому что при кипяченіи можетъ получиться мутность или даже осадокъ отъ фосфатовъ, а такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча въ одно и то же время бываетъ богата и уратами, и фосфатами, то обѣ эти реакціи, *взятыя порознь,* могутъ дать положительный результатъ, несмотря на полное отсутствіе альбуминуріи. Избѣгнуть ошибки, конечно, очень легко; для этого нужно только продѣлать обѣ реакціи на *одной и той же порціи мочи* т.-е., сначала вскипятить, потомъ прибавить кислоты уксусной или азотной — это безразлично.

---

*) Если бѣлка въ мочѣ много, то каждая капля азотной кислоты производитъ муть уже и безъ кипяченія, но муть эта при взбалтываніи мочи исчезаетъ; если кислоты прибавлено столько, что взбалтываніе не устраняетъ мути, то тогда кипяченіе даетъ положительный результатъ, т.-е. мутность мочи усиливается и образуются хлопья бѣлка; для полученія отрицательнаго результата кислоту можно прибавлять по каплѣ только до тѣхъ поръ, пока моча послѣ взбалтыванія остается свѣтлой. Мои наблюденія относятся къ мочѣ при остромъ нефритѣ: въ одномъ случаѣ альбуминуріи при дифтеритѣ отрицательный результатъ не получился ни при какомъ количествѣ кислоты.

Замѣчаніе Jaksch'а (Klin. Diagnost. 1887. S. 214), что слишкомъ малое количество азотной кислоты можетъ оказаться недостаточнымъ для осажденія бѣлка относится, во 1-хъ, къ щелочной мочѣ, а во 2-хъ, къ только что вскипяченной.

Измѣреніе температуры у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, производится максимальнымъ или обыкновеннымъ медицинскимъ термометромъ Цельзія.

Самый короткій и въ то же время очень точный способъ измѣренія температуры состоитъ во введеніи термометра черезъ задній проходъ: ребенокъ помѣщается на подушку въ лежачемъ положеніи на боку, или на колѣняхъ матери спиной направленнымъ кпереди; шарикъ термометра смазывается чѣмъ-нибудь жирнымъ и вводится in anum на $1^1/_2$—2 дюйма (чѣмъ глубже вводится инструментъ, тѣмъ лучше, такъ какъ тѣмъ скорѣе ртутный столбикъ дойдетъ до максимальной точки данной температуры; если ввести въ кишку только одинъ ртутный резервуаръ, то измѣреніе продолжается 5 минутъ, а если градусникъ введенъ на 2 дюйма, то достаточно и двухъ минутъ). Во время пребыванія градусника въ прямой кишкѣ, необходимо фиксировать тазъ ребенка, чтобъ при какомъ-нибудь внезапномъ движеніи ребенка, онъ не сломалъ бы инструмента; послѣдній слѣдуетъ также поддерживать, иначе онъ выскочитъ наружу.

Способъ измѣренія подъ мышкой требуетъ 12—15 минутъ и потому можетъ быть рекомендованъ лишь для дѣтей старшаго возраста, которыя могутъ терпѣливо держать градусникъ въ теченіе нужнаго времени.

Для маленькихъ дѣтей съ пухлыми руками, я, несмотря на протесты нѣкоторыхъ нѣмецкихъ врачей, снова рекомендую измѣрять температуру подъ мышкой *разогрѣтымъ градусникомъ,* при чемъ наблюдаю не поднятіе ртутнаго столба, а паденіе его; черезъ 1 минуту ртуть падаетъ до извѣстной высоты, весьма близко подходящей къ настоящей температурѣ даннаго субъекта; ошибка бываетъ тѣмъ меньше, чѣмъ сильнѣе лихорадка и при 39,5°—40° равняется приблизительно 0,1°—0,2°, а при болѣе низкихъ градусахъ до 0,3°. Способъ этотъ требуетъ нѣкотораго навыка при нагрѣваніи ртутнаго резервуара и большой аккуратности въ помѣщеніи термометра подъ мышкой. Разогрѣваніе градусника производится треніемъ нижняго его конца сухой рукой или одѣяломъ и т. п., при чемъ ужъ въ $^1/_2$ минуты легко довести ртутный столбикъ до 43°; когда это достигнуто, то термометръ поспѣшно помѣщается въ заранѣе приготовленную подмышку (т.-е. долженъ быть разстегнутъ воротъ рубашки, но подмышка должна быть закрыта приведеннымъ плечомъ, иначе подъ вліяніемъ доступа воздуха кожа слишкомъ остываетъ, что обусловливаетъ полученіе неточнаго результата); ртуть сейчасъ же начинаетъ довольно быстро

падать, такъ что черезъ 1—2 минуты измѣреніе можно считать ужъ оконченнымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ртуть опускается такъ медленно, что черезъ минуту стоитъ выше, чѣмъ слѣдуетъ и достигаетъ надлежащей высоты черезъ 2 или 3 минуты, тогда какъ въ другихъ случаяхъ она опускается такъ быстро, что черезъ 2 минуты она стоитъ нѣсколько ниже, чѣмъ нужно; въ виду подобныхъ случайностей, которыхъ нельзя заранѣе предвидѣть, я предлагаю сравнить показаніе термометра черезъ 1 минуту съ показаніемъ его черезъ двѣ минуты и взять среднее между ними, напр., если черезъ минуту онъ показывалъ 39,5°, а черезъ 2 минуты 39,3°, то можно принять, что у больного настоящая темпер. 39,4°. Если въ теченіе 2-й минуты высота стоянія ртути не измѣнилась, то значитъ точный результатъ получился уже черезъ минуту.

Хотя предлагаемый мною способъ и не можетъ считаться *вполнѣ* точнымъ, но тѣмъ не менѣе онъ даетъ результаты, совершенно достаточные для цѣлей практическаго врача, такъ какъ ошибка въ 0,1°—0,2° не можетъ имѣть особаго значенія.

Болѣзни органовъ пищеваренія.

Болѣзни рта.

Болѣзни рта встрѣчаются у дѣтей очень часто и притомъ во всѣхъ возрастахъ. Однѣ изъ этихъ болѣзней обладаютъ полной самостоятельностью, тогда какъ другія являются лишь симптомами другихъ заболѣваній, преимущественно общихъ, и тогда могутъ значительно способствовать діагностикѣ послѣднихъ, напр. при сифилисѣ, скарлатинѣ, кори и проч.

Болѣзни рта, не сопровождающіяся ни образованіемъ язвъ, ни сильной вонью изо рта.

Stomatitis erythematosa *s. catarrhalis* — катарральное воспаленіе рта у грудныхъ дѣтей выражается краснотой слизистой оболочки языка и десенъ и слюнотеченіемъ. Эта болѣзнь встрѣчается у нихъ довольно часто, предшествуя развитію молочницы или сопровождая прорѣзываніе зубовъ. Ребенокъ дѣлается раздражителенъ, капризенъ, непокойно спитъ и лихорадитъ. Эта, такъ называемая, *лихорадка къ зубамъ* у нѣкоторыхъ дѣтей достигаетъ высокой степени, такъ что дѣло можетъ дойти даже до судорогъ; впрочемъ,

подобнаго рода осложненія въ дѣйствительности встрѣчаются рѣдко, такъ какъ лихорадка при stomatitis erythem. обыкновенно невелика и дня черезъ три исчезаетъ.

У болѣе взрослыхъ дѣтей замѣчается иногда припуханіе языка, вслѣдствіе чего на краяхъ его получаются отпечатки зубовъ въ видѣ небольшихъ, но ясно замѣтныхъ вдавленій. Языкъ вначалѣ красный, скоро, вслѣдствіе усиленнаго разрастанія эпителія и различныхъ грибковъ, покрывается болѣе или менѣе толстымъ бѣловато-желтымъ или сѣроватымъ слоемъ, иногда придающимъ ему видъ войлока, и занимающимъ всю его верхнюю поверхность за исключеніемъ краевъ и кончика — *обложенный языкъ*. Чѣмъ сильнѣе катарръ рта, тѣмъ больше обложенъ языкъ и тѣмъ скорѣе появляется запахъ изо рта, особенно по утрамъ, тотчасъ послѣ сна. Запахъ этотъ отличается отъ вони, служащей признакомъ болѣе серьезнаго воспаленія рта, тѣмъ, что онъ, во 1-хъ, не противенъ и настолько слабъ, что ощущается лишь на самомъ близкомъ разстояніи, и во 2-хъ, тѣмъ, что послѣ прополаскиванія рта на нѣкоторое время совсѣмъ исчезаетъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности у дѣтей, страдающихъ хроническимъ разстройствомъ пищеваренія, языкъ представляется покрытымъ нѣжными, тонкими, но весьма ясно замѣтными черными волосами, придающими ему темно-бурый цвѣтъ. Этотъ, такъ называемый, черный или *волосатый языкъ* не имѣетъ особаго діагностическаго значенія*).

Черный волосатый языкъ не слѣдуетъ смѣшивать съ чернымъ языкомъ вслѣдствіе случайной окраски его пищевыми или лѣкарственными веществами, каковы напр. черника, вишни, препараты желѣза и проч. или отъ образованія на немъ темно-бурыхъ корокъ, какъ напр., при тяжеломъ тифѣ.

Простой катарръ рта является подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ; такъ напр. у новорожденныхъ онъ предшествуетъ обыкновенно развитію молочницы; позднѣе онъ часто сопутствуетъ прорѣзыванію зубовъ, а также всѣмъ лихорадочнымъ процессамъ и мѣстнымъ болѣзнямъ зѣва, желудка и кишокъ.

Несмотря однако на такое разнообразіе причинъ, обложенный

*) По изслѣдованіямъ Гундобина (Мед. Обозр. т. XXX, с. 604) и Brosid'a (тамъ же, рефер. с. 612) оказалось, что прежнее мнѣніе насчетъ микотическаго происхожденія волосатаго языка — невѣрно, въ дѣйствительности нити состоятъ исключительно изъ ороговѣвшихъ и потемнѣвшихъ эпителіальныхъ клѣтокъ; въ полости рта при lingua nigra не найдено какого-либо паразита, специфичнаго для этого страданія.

языкъ или способъ очищенія его въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ служить надежнымъ подспорьемъ діагностикѣ.

Такъ, въ сомнительныхъ случаяхъ катарра желудка, симулирующихъ менингитъ, толсто обложенный (войлочный) языкъ сильно говоритъ въ пользу пораженія желудка и противъ менингита. Способъ очищенія языка имѣетъ значеніе для дифференціальной діагностики тифа отъ перваго періода рекуррента. Для большинства случаевъ тифа средней силы характерно то, что очищеніе языка начинается съ краевъ и кончика такимъ образомъ, что на передней половинѣ языка получается красный треугольникъ, обращенный своей верхушкой къ корню языка, тогда какъ при рекуррентѣ языкъ все время остается умѣренно обложеннымъ. Позднѣе, при тифѣ, языкъ дѣлается суховатъ, при высовываніи онъ кажется узкимъ, толстымъ, остроконечнымъ, тогда какъ при рекуррентѣ, онъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ влажный, широкій и плоскій съ закругленнымъ концомъ.

Еще характернѣе очищеніе языка при скарлатинѣ, и т. н. *скарлатинозный языкъ* справедливо пользуется большой извѣстностью. Въ первые 2—3 дня языкъ при скарлатинѣ бываетъ обыкновенно сильно обложенъ, а потомъ начинаетъ постепенно очищаться (раньше всего съ кончика и краевъ) и дня черезъ два совершенно освобождается отъ покрывавшаго его налета и является интенсивно красно-малиноваго цвѣта съ значительно увеличенными сосочками.

Такой языкъ (красный, съ большими сосочками) очень характеренъ для скарлатины, такъ какъ въ рѣзкой формѣ встрѣчается почти только при ней и потому можетъ рѣшать діагностику сомнительныхъ случаевъ скарлатины, протекающихъ, напр., почти или совсѣмъ безъ сыпи, но съ жабой. Нужно только помнить, что отсутствіе скарлатинознаго языка не можетъ служить мотивомъ для исключенія скарлатины, а *на первый или даже и на второй день болѣзни свойство языка совсѣмъ не имѣетъ значенія для діагностики,* потому что очищеніе его начинается позднѣе.

У грудныхъ дѣтей, питающихся исключительно молокомъ, языкъ часто представляется бѣлымъ отъ тонкаго слоя молока, оставшагося на шероховатой поверхности языка; у нѣкоторыхъ рожковыхъ дѣтей на языкѣ скопляются постепенно осадки казеина, по цвѣту и локализаціи очень похожіе на обложенный языкъ. Разница въ томъ, что налетъ съ обложеннаго языка не удаляется черенкомъ ложечки, а свертки казеина удаляются пластами и крошатся при этомъ на подобіе скорлупы яйца; въ сухихъ комочкахъ не трудно узнать казеинъ даже и простымъ глазомъ.

Нѣкоторое сходство съ обложеннымъ языкомъ можетъ представить микозъ рта, извѣстный подъ именемъ **молочницы** — *soor*. Болѣзнь эта характеризуется появленіемъ совершенно *бѣлыхъ* островковъ на языкѣ, задней поверхности губъ, на слизистой оболочкѣ щекъ и десенъ.

Въ началѣ островки пристаютъ къ слизистой оболочкѣ крѣпко, а въ періодѣ выздоровленія отдѣляются отъ нея сами собой. Если молочница остается безъ лѣченія, то отдѣльные островки быстро разрастаются и, сливаясь между собой, могутъ образовать сплошной слой, выстилающій рѣшительно всю поверхность рта, не исключая твердаго и мягкаго нёба. Къ числу характерныхъ особенностей молочницы относится между прочимъ и возрастъ больныхъ, такъ какъ въ видѣ *самостоятельной* болѣзни она встрѣчается *только у дѣтей въ первые дни внѣутробной жизни*, а у болѣе взрослыхъ она развивается не иначе, какъ въ теченіе другихъ болѣзней, ведущихъ къ истощенію организма, напр. при дизентеріи, и въ такихъ случаяхъ служитъ обыкновенно предвѣстникомъ близкой смерти. Развитію грибка (oidium albicans Robin'а) благопріятствуетъ кислая реакція ротовой слизи, а потому soor особенно часто появляется у дѣтей, страдающихъ диспепсіей къ кислыми отрыжками и при неопрятномъ содержаніи рта.

Снѣжно-бѣлый цвѣтъ пятенъ soor'а служитъ надежнымъ признакомъ для легкаго отличія молочницы отъ афтознаго воспаленія рта, при которомъ тоже являются островки на различныхъ мѣстахъ слизистой обол. рта, но островки эти, во 1-хъ, желтоваты, а во 2-хъ, имѣютъ видъ поверхностныхъ язвочекъ. Вообще говоря, бѣлыя отложенія при молочницѣ настолько характерны, что практическому врачу едва ли когда придется въ видахъ діагностики прибѣгать къ микроскопу для отыскиванія soor'наго грибка, состоящаго изъ длинныхъ, вѣтвящихся нитей, раздѣленныхъ перегородками и круглыхъ, сильно преломляющихъ свѣтъ споръ.

По цвѣту и распространенію всего больше напоминаютъ молочницу небольшіе сверточки молока, остающіеся иногда во рту ребенка послѣ сосанія или срыгиванія, но разница та, что свертки эти чрезвычайно легко удаляются при обтираніи рта; хотя въ періодѣ выздоровленія островки молочницы тоже легко отдѣляются, но никогда всѣ сразу.

Густо обложенный языкъ не легко смѣшать съ молочницей уже потому, что при soor'ѣ бѣлый налетъ никогда не ограничивается однимъ языкомъ, а распространяется и на другія мѣста рта; лю-

бимымъ мѣстомъ скопленія soor'ныхъ пленокъ является внутренняя поверхность щекъ въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ соединенію верхней и нижней челюстей. Полноты ради упомяну еще о томъ, что бѣлыя пятна или пленки на слизистой оболочкѣ рта могутъ получиться вслѣдствіе прижиганія ляписомъ или салициловой кислотой, что легко выясняется анамнезомъ.

Совершенно такія же бѣлыя или нѣжныя, но легко снимающіяся пленочки нерѣдко появляются на деснахъ при катаррѣ рта какого бы то ни было происхожденія. Онѣ обязаны своимъ происхожденіемъ гиперплязіи эпителія. Отъ пятенъ молочницы онѣ отличаются легкой снимаемостью: чтобъ удалить ихъ достаточно провести по деснамъ пальцемъ.

Совершенно своеобразный видъ языка получается при **кольцевидномъ шелушеніи его эпителія** — *pityriasis linguae*. При этой формѣ катарра рта (вѣроятно тоже микотическаго происхожденія) на верхней поверхности языка (нижняя поверхность его никогда не поражается) появляются островки величиной съ чечевицу, блѣдно-розоваго цвѣта (нормальная слиз. оболочка), окруженные бѣловатымъ валикомъ (гиперплязированный эпителій). Съ каждымъ днемъ кольца эти (иногда бываетъ только одно кольцо) увеличиваются подобно тому, какъ бываетъ это на кожѣ при psoriasis, herpes iris и проч., сосѣдніе круги сталкиваются своими периферіями, при чемъ въ мѣстахъ встрѣчи бѣлые валики исчезаютъ, и вмѣсто круговъ получаются на поверхности языка извитыя линіи, рѣзко ограничивающія блѣдно-розовыя, нормальныя мѣста отъ сосѣднихъ бѣловатыхъ, обложенныхъ — *ландкартообразный языкъ*. По истеченіи извѣстнаго времени языкъ очищается на всей своей поверхности и, покрываясь нормальнымъ слоемъ эпителія, приходитъ къ нормѣ, но рѣдко онъ остается таковымъ надолго, обыкновенно же кольцевидное шелушеніе начинается снова, и такъ дѣло можетъ затянуться на многіе мѣсяцы, не причиняя впрочемъ больному никакихъ непріятностей, такъ какъ болѣзнь эта не вызываетъ субъективныхъ ощущеній. Она очень часто встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ и, въ особенности, у рахитиковъ.

Діагностика не трудна даже и въ томъ періодѣ, когда вмѣсто круговъ остались зигзагообразныя линіи, потому что характерный валикъ на границѣ нормальной слизистой оболочки языка ни съ чѣмъ не можетъ быть смѣшанъ. Въ первомъ періодѣ болѣзнь можетъ быть принята пожалуй за stomatitis aphtosa, но здѣсь нѣтъ ни язвъ,

ни слюнотеченія, ни боли. Parrot совершенно несправедливо считалъ pityriasis linguae за проявленіе врожденнаго сифилиса, продукты котораго дѣйствительно представляютъ иногда отдаленное сходство съ занимающей насъ болѣзнью, особенно при бѣгломъ взглядѣ. Помимо того, что при врожденномъ сифилисѣ почти всегда можно найти характерныя для него сыпи на кожѣ, разница въ данномъ случаѣ состоитъ еще въ томъ, что сифилисъ никогда не проявляется на языкѣ въ видѣ описанныхъ выше колецъ, а всегда въ формѣ бляшекъ (см. стр. 64).

Stomatitis morbillosa. — Пораженіе рта при кори, въ видѣ пятнистой или пятнисто-папулезной высыпи на слезистой оболочкѣ рта, является на 12—36 часовъ ранѣе, чѣмъ коревая сыпь на кожѣ, а потому позволяетъ діагносцировать корь уже въ періодѣ предвѣстниковъ, почему и самая сыпь эта называется *продромальной коревой сыпью.* Сыпь эта состоитъ изъ небольшихъ красныхъ пятнышекъ, занимающихъ первоначально мягкое нёбо, но скоро распространяющихся и на губы и на щеки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ продромальная сыпь запаздываетъ своимъ появленіемъ и высыпаетъ или одновременно съ сыпью на лицѣ или даже еще позднѣе, а потому отсутствіе сыпи на небѣ не можетъ служить доказательствомъ того, что у больного начинается не корь.

Comedones palati duri. У новорожденныхъ и у дѣтей въ первыя недѣли жизни почти всегда можно замѣтить на твердомъ нёбѣ врожденныя образованія, извѣстныя подъ именемъ *узелковъ Bohn'a.* Они имѣютъ видъ маленькихъ (не больше головки булавки), чисто бѣлаго цвѣта, коническихъ возвышеній, сидящихъ группами по нѣсколько штукъ по срединѣ твердаго нёба, вдоль шва. Діагностическій интересъ эти узелки пріобрѣтаютъ лишь тогда, если встрѣчаются на деснахъ у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду и симулируютъ рѣжущіеся зубы. Но дѣло въ томъ, во 1-хъ, что образованія эти долго остаются въ одномъ и томъ же видѣ и потомъ безслѣдно исчезаютъ, и во 2 хъ, что при своей упруго-плотной консистенціи они при постукиваніи по нимъ чѣмъ-нибудь металлическимъ не даютъ того характернаго звука, который получается при постукиваніи по показавшемуся зубу.

Въ тѣсной связи съ болѣзнями рта стоитъ между прочимъ **прорѣзываніе зубовъ**, о которомъ здѣсь умѣстно сказатъ нѣсколько словъ. *Первое прорѣзываніе зубовъ* у дѣтей начинается въ различные сроки въ зависимости отъ семейнаго расположенія, отъ состоянія общаго питанія организма и отъ различныхъ болѣзней.

Среднимъ срокомъ для начала прорѣзыванія зубовъ можно принять 7—8-й мѣсяцы; въ это время показывается пара нижнихъ среднихъ рѣзцовъ; черезъ мѣсяцъ (9—10)—4 верхнихъ рѣзца, такъ что къ концу года у здороваго ребенка должны быть на лицо всѣ рѣзцы (8 зубовъ). Затѣмъ антракты удлиняются до двухъ мѣсяцевъ и отъ 14—16 мѣсяцевъ появляются первые коренные зубы, отъ 18—20 — клыки, отъ 22—24 — вторые коренные зубы, чѣмъ и заканчивается прорѣзываніе молочныхъ зубовъ.

Первые зубы появляются иногда на нѣсколько мѣсяцевъ раньше нормальнаго срока, напр. на 4—5-мъ мѣсяцѣ, но такое *преждевременное появленіе зубовъ* никакого особаго значенія не имѣетъ; въ большинствѣ подобныхъ случаевъ слѣдующія группы рѣжутся въ свой нормальный срокъ, такъ что къ концу года у такихъ дѣтей бываетъ все-таки не болѣе 7—10 зубовъ. Слишкомъ короткіе промежутки между отдѣльными группами, зависящіе отъ ненормально-усиленнаго питанія зародыша зуба, наблюдаются иногда у дѣтей, наклонныхъ къ приливамъ крови къ головѣ и нерѣдко кончающихъ острой головной водянкой, и потому чрезмѣрно быстрое появленіе зубовъ можно считать до нѣкоторой степени за неблагопріятный признакъ.

Запоздалое прорѣзываніе зубовъ состоитъ въ томъ, что или запаздываетъ появленіемъ только первая группа, а всѣ слѣдующія показываются въ свое время, или же удлиняются промежутки (антракты), вслѣдствіе чего прорѣзываніе зубовъ идетъ крайне медленно и затягивается до конца 3-го и до 4-го года.

Въ первомъ случаѣ, т.-е. когда антракты не удлиняются и порядокъ появленія группъ остается нормальнымъ, позднее прорѣзываніе первыхъ зубовъ не имѣетъ патологическаго значенія, такъ какъ *такое* запаздываніе наблюдается нерѣдко и у совершенно здоровыхъ дѣтей, особенно при извѣстномъ семейномъ расположеніи, когда подобная аномалія встрѣчается напр. у всѣхъ или у большинства родныхъ братьевъ и сестеръ. Другое дѣло, если позднее появленіе зубовъ обусловливается длинными паузами и если притомъ нарушается порядокъ появленія отдѣльныхъ зубовъ или цѣлыхъ группъ, когда, напр., одновременно рѣжутся представители разныхъ группъ: такой безпорядокъ указываетъ на замедленный процессъ окостенѣнія скелета, вообще свойственный рахитизму.

Относительно вопроса о томъ, можетъ ли прорѣзываніе зубовъ имѣть *вліяніе на здоровье ребенка,* мнѣнія авторовъ чрезвычайно расходятся; одни слишкомъ преувеличиваютъ значеніе этого физіо-

логическаго процесса въ этіологіи болѣзней, другіе, наоборотъ, его совсѣмъ отрицаютъ. По нашему мнѣнію, отрицать существованіе причинной связи между прорѣзываніемъ зубовъ и *нѣкоторыми* болѣзнями дѣтей невозможно, но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ и осмотрительнымъ, чтобы не проглядѣть какую-нибудь другую причину. Предполагать зависимость болѣзни отъ зубовъ можно лишь въ томъ случаѣ, если болѣзнь *начинается незадолго до появленія зуба, когда соотвѣтствующее мѣсто десны припухло, напряжено и когда съ выходомъ зуба болѣзнь немедленно исчезаетъ;* врачъ имѣетъ еще больше основаній допустить существованіе причинной связи между прорѣзываніемъ зубовъ и нездоровьемъ ребенка, когда одни и тѣ же *болѣзненныя явленія повторяются при каждомъ новомъ зубѣ,* и если притомъ для данной болѣзни *нельзя открыть никакой другой причины.*

Если при распознаваніи „болѣзней къ зубкамъ" руководствоваться только что установленнымъ критеріемъ, то окажется, что зависимость болѣзней отъ зубовъ встрѣчается вовсе не особенно часто и что болѣзни эти не тяжелы и далеко не такъ разнообразны, какъ о нихъ многіе думаютъ.

Во многихъ случаяхъ прорѣзываніе зубовъ совершается совсѣмъ незамѣтно и можетъ быть узнано лишь тогда, когда верхушка зуба ужъ покажется изъ десны; въ другихъ случаяхъ, особенно при прорѣзываніи толстой коронки коренныхъ зубовъ, за нѣсколько дней до появленія зуба появляется катарральное или афтозное воспаленіе рта съ лихорадочнымъ состояніемъ, раздражительностью, безсоницей и т. п. Что воспаленіе рта въ подобныхъ случаяхъ зависитъ отъ прорѣзыванія зубовъ, а не отъ другой какой-нибудь причины можно заключать изъ того, что всего сильнѣе воспаленіе выражено на томъ мѣстѣ десны, гдѣ рѣжется зубъ.

Матери часто обращаются къ врачу съ вопросомъ, не рѣжутся ли у ребенка зубы, и указываютъ при этомъ, что у него постоянное слюнотеченіе и что онъ лазитъ въ ротъ пальцами; увѣренность матерей бываетъ полной, если онѣ усмотрятъ гдѣ-нибудь на деснѣ узелокъ Bohn'a.

При рѣшеніи подобныхъ вопросовъ надо имѣть въ виду, что у дѣтей 2—3 мѣсяцевъ *саливація* есть явленіе *физіологическое,* такъ какъ съ этого возраста начинается у нихъ усиленная дѣятельность слюнныхъ железъ, которыя въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ почти вовсе не функціонировали. Ошибки легко избѣгнуть,

если обратить вниманіе на возрастъ ребенка и на отсутствіе признаковъ мѣстнаго раздраженія десны.

Прорѣзываніе зубовъ можетъ вызвать далѣе легкое разстройство пищеваренія, въ видѣ учащенныхъ и разжиженныхъ испражненій и рвоты. Такое разстройство тянется обыкновенно недолго, появляется при явныхъ признакахъ раздраженія десенъ рѣжущимся зубомъ, исчезаетъ вслѣдъ за появленіемъ зуба и нерѣдко повторяется при слѣдующей группѣ зубовъ и опять *безъ всякой опредѣленной причины.*

Могутъ ли сдѣлаться отъ прорѣзыванія зубовъ *эклямпсическія судороги* у ребенка — вопросъ спорный.

Едва ли когда случается, чтобы совершенно здоровый ребенокъ страдалъ бы судорогами только во время прорѣзыванія зубовъ, и чтобъ онѣ повторялись при каждой группѣ, но съ другой стороны, несомнѣнно, что прорѣзываніе зубовъ можетъ быть случайной, вызывающей причиной рефлекторныхъ судорогъ у дѣтей, ужъ и безъ того къ нимъ расположенныхъ, какъ напр. у рахитиковъ. Само собою разумѣется однако, что при діагностикѣ „судорогъ къ зубамъ" въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должны быть на лицо условія, приведенныя на стр. 61.

Болѣзни рта, протекающія съ образованіемъ изъязвленій на слизистой оболочкѣ, но безъ вони.

Афтозное воспаленіе рта, — *stomatitis aphthosa*. Болѣзнь эта характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ языка, губъ и щекъ круглыхъ, поверхностныхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, язвочекъ, покрытыхъ желтоватымъ экссудатомъ и окруженныхъ краснымъ ободкомъ.

Язвочки эти сидятъ то разбросанно и въ небольшомъ числѣ (1—6), то очень тѣсно, такъ что нѣкоторыя изъ нихъ сливаются, образуя болѣе обширныя изъязвленія неправильнаго очертанія, но всегда поверхностныя и желтоватаго цвѣта; образованія язвъ всегда сопровождается значительною болѣзненностью (особенно при употребленіи горячаго питья, а также всего соленаго, сладкаго и твердаго), слюнотеченіемъ и густо обложеннымъ языкомъ. Афтозный стоматитъ протекаетъ или субакутно, безъ лихорадочнаго состоянія, или остро и тогда съ лихорадкой, при чемъ температура нерѣдко подымается градусовъ до 40 и больше, а у маленькихъ дѣтей (лѣтъ до 2-хъ) при этомъ могутъ появиться и судорги. Въ подобныхъ случаяхъ высыпаніе афтъ происходитъ не съ самаго начала (значитъ не воспаленіе рта вызываетъ лихорадку), а лишь

на 2-й или 3-й день послѣ повышенія температуры. Это обстоятельство, въ связи съ фактомъ заболѣванія иной разъ нѣсколькихъ членовъ одной семьи другъ за другомъ, указываетъ на инфекціонное происхожденіе болѣзни, — нѣчто подобное бываетъ при высыпываніи herpes'а на губахъ (fièvre herpétique французскихъ авторовъ). Сходство, а можетъ быть даже и тождество, этихъ двухъ болѣзней, т.-е. остро-лихорадочной формы афтознаго стоматита и herpes'а губъ, выражается еще въ томъ, что афты высыпаютъ иногда на языкѣ или на другихъ мѣстахъ слизистой оболочки рта группами, состоящими изъ нѣсколькихъ тѣсно сидящихъ круглыхъ язвочекъ; такая форма стоматита описывается иногда подъ именемъ *герпетическаго воспаленія рта* — *stomatitis herpetica*.

Въ другихъ случаяхъ афтозное воспаленіе рта стоитъ въ зависимости отъ разстройства желудка или отъ прорѣзыванія зубовъ (особенно коренныхъ). Болѣзнь эта всегда кончается скорымъ выздоровленіемъ и ни къ какимъ непріятнымъ послѣдствіямъ не ведетъ, чѣмъ между прочимъ отличается отъ другой формы язвеннаго стоматита, т. н. stomacace.

Афтозныя язвочки настолько сами по себѣ характерны, что смѣшать съ чѣмъ-либо stom. aphthosa не легко. (Объ отличіи отъ молочницы, см. стр. 55, отъ stomacace будетъ сказано дальше). Нѣкоторое сходство съ афтами представляетъ *варицеллезный стоматитъ* (stomat. varicellosa), характеризующійся высыпаніемъ пузырьковъ величиной въ булавочную головку и нѣсколько больше на мягкомъ и твердомъ нёбѣ, а отчасти и на другихъ мѣстахъ. Пузырьки эти рѣдко превращаются въ язвочки. Натура ихъ легко выясняется присутствіемъ сыпи varicellae на кожѣ.

Отъ stomat. aphthosa слѣдуетъ строго отличать другую болѣзнь рта, ничего общаго, кромѣ названія, съ ней не имѣющую, именно:

Афты новорожденныхъ или **Bednar'скія афты**. Болѣзнь эта, свойственная только дѣтямъ въ возрастѣ отъ 2-хъ дней до 6 недѣль, характеризуется появленіемъ двухъ симметрично расположенныхъ въ углахъ нёба (на заднемъ наружномъ углу горизонтальной части нёбной кости) круглыхъ, поверхностныхъ, сѣровато-желтоватыхъ изъязвленій, занимающихъ какъ разъ то мѣсто слизистой оболочки, гдѣ она подпирается однимъ изъ отростковъ основной кости (hamulus pterygoideus). Въ громадномъ большинствѣ случаевъ язвочки безслѣдно исчезаютъ черезъ 1—3 недѣли, но при дурныхъ гигіэническихъ условіяхъ и у слабыхъ дѣтей эти маленькія язвочки распространяются по поверхности и вглубь и, сливаясь между

собой, образуютъ глубокія язвы, доходящія до кости и занимающія все мягкое нёбо, и тогда симулируютъ дифтеритъ. Основаніемъ діагностикѣ служатъ, во 1-хъ, классическое мѣсто этихъ изъязвленій, во 2-хъ, возрастъ больныхъ, и въ 3-хъ, безлихорадочное теченіе (если только нѣтъ другихъ причинъ для повышенія температуры).

Къ числу болѣзней рта, могущихъ служить для выясненія діагностики общаго заболѣванія, относится между прочимъ изъязвленіе уздечки языка и сифилитическій стоматитъ. *Изъязвленіе уздечки языка* — признакъ, характерный для коклюша, такъ какъ язвочка происходитъ отъ подрѣзыванія или надрыва уздечки нижними рѣзцами во время сильныхъ приступовъ коклюшнаго кашля. Изъязвленіе имѣетъ видъ совершенно бѣлой пленки, величиной съ чечевицу, сидящей какъ разъ на уздечкѣ. Она почти никогда не встрѣчается у дѣтей, не имѣющихъ нижнихъ рѣзцовъ. Діагностическое значеніе этой язвочки очень велико, такъ какъ она встрѣчается почти исключительно только при коклюшѣ.

Сифилитическій стоматитъ встрѣчается у дѣтей сифилитиковъ очень часто, въ особенности при рецидивахъ. Stomatitis syphilitica характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ рта, въ особенности на внутренной поверхности щекъ вблизи угловъ рта, а также на губахъ, языкѣ, нёбной занавѣскѣ и миндалинахъ, бѣловатыхъ, слегка возвышенныхъ бляшекъ (кондиломъ), отличающихся отъ всѣхъ другихъ образованій, могущихъ здѣсь встрѣтиться, своимъ сосочковиднымъ строеніемъ, благодаря которому даже и невооруженнымъ глазомъ нерѣдко удается видѣть на поверхности бляшки многочисленныя, очень тѣсно сидящія вершины сосочковъ въ видѣ бѣловато-сѣроватыхъ точекъ.

Менѣе характерны для сифилиса *трещины губъ* и угловъ рта; сравнительно бо́льшее діагностическое значеніе этихъ симптомовъ нужно признать для врожденнаго сифилиса у дѣтей въ первыя недѣли жизни. — У дѣтей же болѣе взрослыхъ трещины губъ часто встрѣчаются и безъ сифилиса, напр., подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобныя трещины превращаются въ очень болѣзненныя язвы. Въ другихъ случаяхъ, поводомъ къ развитію изъязвленія губъ является склонность дѣтей къ отдиранію кусочковъ кожицы, отстающихъ отъ высыхающихъ губъ. Наконецъ, бываютъ и такіе случаи, когда обѣ губы покрываются поверхностными, легко кровоточащими и болѣзненными язвочками (напоминающими афты), для происхожденія которыхъ не удается открыть никакихъ причинъ, кромѣ общихъ разстройствъ питанія,

въ видѣ золотухи или рахитизма. Весь процессъ носитъ характеръ поверхностнаго страданія, ограничивающагося слизистой оболочкой въ мѣстѣ перехода ея въ кожу; подкожная клѣтчатка губъ при этомъ не инфильтрируется и губы не утолщаются замѣтнымъ образомъ. Всего чаще я встрѣчалъ такія язвы у еврейскихъ дѣтей. Простое изъязвленіе губъ не можетъ быть принято за сифилисъ уже потому, что страданіе это острое, кончающееся выздоровленіемъ въ 7—14 дней при смазываніи язвъ слабымъ растворомъ ляписа (1:100) или отъ примочекъ 3% борной кислоты.

Если экссудатъ, покрывающій эти язвы, настолько толстъ, что образуетъ какъ бы пленки, по наружному виду весьма похожія на дифтеритическія, то болѣзнь можетъ быть принята за дифтеритъ губъ, на который она дѣйствительно больше похожа, нежели на сифилисъ. Но болѣзнь, насъ занимающая, вовсе не заразительна и въ отличіе отъ дифтерита не оказываетъ наклонности къ переходу на сосѣднія части слизистой оболочки рта.

Въ заключеніе упомянемъ еще объ *укушенныхъ ранахъ языка*, наносимыхъ себѣ самими больными во время эпилептическаго припадка или какихъ-либо судорогъ иного происхожденія, для діагностики которыхъ раны эти могутъ имѣть значеніе въ случаѣ недостатка анамнеза.

Болѣзни рта съ образованіемъ изъязвленій на слизистой оболочкѣ и съ вонью изо рта.

Источникомъ дурного запаха изо рта не всегда бываетъ ротъ; причиной его можетъ быть напр.; 1) вонючій насморкъ (вонь всего сильнѣе ощущается при выдыханіи черезъ носъ съ закрытымъ ртомъ и почти не ощущается при выдыханіи черезъ ротъ съ зажатыми ноздрями); 2) катарръ желудка съ вонючими отрыжками, или 3) бронхоэктазы съ вонючимъ содержимымъ, и особенно 4) гангрена легкаго.

Не особенно сильный и легко устраняемый простымъ полосканіемъ запахъ изо рта встрѣчается при всякомъ густо обложенномъ языкѣ, при различнаго рода катаррахъ рта, въ особенности въ теченіе лихорадочныхъ процессовъ, также при каріозныхъ зубахъ и при разложеніи остатковъ мясной пищи, застрявшей въ зубахъ, но во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло никогда не доходитъ до настоящей вони, указывающей на болѣе серьезное пораженіе рта.

Вонючее воспаленіе рта — *stomacace s. stomatitis ulcerosa.* Эта болѣзнь рта, стоящая въ связи съ общимъ упадкомъ питанія, характеризуется, во 1-хъ, сильной вонью изо рта, во 2-хъ, тѣмъ,

что язвенный процессъ всегда начинается съ свободнаго края деcенъ рѣзцовъ или клыковъ и потомъ распространяется на десны другихъ зубовъ и, въ 3-хъ, тѣмъ, что онъ никогда не наблюдается у дѣтей беззубыхъ. Характерно также и, въ 4-хъ, измѣненіе деcенъ, которыя сильно припухаютъ, дѣлаются рыхлыми, чрезвычайно полнокровными и легко кровоточатъ при малѣйшемъ къ нимъ прикосновеніи.

Отъ афтознаго стоматита эта форма воспаленія рта рѣзко отличается, во 1-хъ, формой язвъ (тамъ — небольшія круглыя язвочки, разбросанныя по всей слизистой оболочкѣ рта, а здѣсь — язвенное разрушеніе *края* распухшихъ и легко кровоточащихъ десенъ), во 2-хъ, сильной вонью изо рта и, въ 3-хъ, дальнѣйшимъ теченіемъ.

Въ запущенныхъ случаяхъ распаденіе десенъ сопровождается выпаденіемъ зубовъ и можетъ вести даже къ некрозу челюсти. Съ другой стороны вслѣдствіе самозараженія язвенный процессъ весьма легко распространяется съ десенъ на прилегающую къ нимъ слиз. оболочку щеки, вслѣдствіе чего недѣли черезъ 2 отъ начала болѣзни на щекѣ является отпечатокъ десенъ въ видѣ двойной язвенной полоски желтоватаго цвѣта. Вслѣдствіе характерной наклонности язвъ при stomacace распространяться не столько по поверхности, сколько вглубь (отличіе отъ дифтерита), первоначальное поверхностное изъязвленіе щекъ черезъ нѣсколько дней принимаетъ видъ довольно глубокихъ язвъ, дно и края которыхъ покрыты грязно-желтымъ распадомъ; вся щека въ это время отечно припухаетъ, увеличиваются также и подчелюстныя железы, но кожа опухшей щеки остается блѣдной. Лихорадочное состояніе можетъ отсутствовать совершенно, а если температура и подымается, то лишь въ началѣ болѣзни и не достигаетъ высокихъ градусовъ (38—39).

Дальнѣйшее отличіе stomacace отъ афтознаго стоматита мы имѣемъ въ отношеніи этихъ болѣзней къ хлорновато-кислому калію (kalium oxymuriaticum s. chloricum), который является специфическимъ средствомъ только для stomacace, тогда какъ при афтахъ онъ довольно индифферентенъ.

Въ силу указанныхъ признаковъ, діагностика типичныхъ случаевъ stomacace всегда легка, затрудненіе можетъ встрѣтиться лишь при осложненіи stomacace афтами, что встрѣчается вовсе нерѣдко. Тогда рядомъ съ признаками первой (вонь изо рта, изъязвленіе и кровоточивость десенъ) мы встрѣчаемъ еще и многочисленныя круглыя желтоватыя язвочки на языкѣ и другихъ мѣстахъ. Въ подобныхъ случаяхъ главное значеніе слѣдуетъ признавать за stomacace.

Вонючее воспаленіе рта вслѣдствіе неумѣреннаго употребленія ртути — *stomatitis mercurialis* (которая, замѣтимъ кстати, встрѣчается и у маленькихъ дѣтей при лѣченіи каломелемъ) ничемъ не отличается отъ stomacace, какъ только опредѣленнымъ этіологическимъ моментомъ. То же нужно сказать и о *скорбутномъ стоматитѣ,* который, впрочемъ, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается очень рѣдко.

Въ періодѣ изъязвленія и опухоли щеки stomacace вызываетъ картину, сильно напоминающую

Водяной ракъ щеки — *cancer aquaticus s. noma,* въ началѣ развитія котораго обязательно появляется опухоль щеки при блѣдныхъ, негорячихъ и неболѣзненныхъ при давленіи покровахъ, изъязвленіе ея слизистой оболочки и сильнѣйшая вонь изо рта. Сходство этихъ двухъ процессовъ идетъ и еще дальше: въ обѣихъ случаяхъ припухаютъ лимфатическія подчелюстныя железы, но лихорадочное состояніе нерѣдко отсутствуетъ, хотя можетъ и быть; какъ stomacace, такъ и нома развиваются у истощенныхъ дѣтей; сродство этихъ болѣзней проявляется наконецъ и въ томъ, что stomacace переходитъ иногда въ ному, а эта послѣдняя въ свою очередь весьма рѣдко развивается самостоятельно, обыкновенно же изъ stomacace.

Тѣмъ не менѣе, узнать ному не трудно; діагностика основывается на видѣ пораженыхъ частей, *на быстротѣ теченія* и исходахъ. При номѣ дѣло идетъ не объ изъязвленіи слизистой оболочки щеки, а о гангренѣ, вслѣдствіе чего пораженное мѣсто получаетъ не желтый цвѣтъ, а бурый или черный и издаетъ гангренозный запахъ. Разрушеніе щеки и сосѣднихъ мягкихъ частей идетъ при номѣ гораздо быстрѣе, чѣмъ при stomacace, такъ какъ для гангренознаго прободенія щеки требуется всего 3—4 дня, а потомъ съ каждымъ днемъ гангрена распространяется все дальше и дальше, и въ нѣсколько дней отъ мягкихъ частей щеки не остается и слѣда, если только смерть, этотъ обычный, хотя и не исключительный, исходъ номы, не помѣшаетъ этому.

Иногда нома начинается съ кожи щеки и въ такомъ случаѣ могла бы представиться возможность смѣшенія этого страданія съ сибирской язвой. Послѣдняя начинается съ образованія небольшой пустулы, которая скоро превращается въ плотный невонючій струпъ, который окружается вѣнчикомъ изъ новыхъ пузырьковъ, а за симъ ужъ слѣдуетъ опухоль сосѣднихъ мягкихъ частей. Процессъ распространяется быстро, но не ведетъ къ прободенію щеки, какъ при номѣ.

Stomacace, какъ уже сказано, никогда не развивается у беззубыхъ дѣтей, но въ этомъ возрастѣ встрѣчается аналогичное страданіе, описанное впервые Климентовскимъ въ медиц. отчетѣ Московск. Воспит. Дома за 1876 годъ, подъ именемъ

Osteogingivitis gangraenosa neonatorum (послѣдній эпитетъ не совсѣмъ вѣренъ, такъ какъ изъ трехъ его больныхъ только одинъ былъ 6-ти дней отъ рожденія, а въ двухъ другихъ случаяхъ болѣзнь началась на 39-й и 54-й дни). Osteogingivitis новорожденныхъ начинается съ ограниченнаго, воспалительнаго припуханія десны, которая въ этомъ мѣстѣ очень скоро гангренозно распадается и уже черезъ 2—3 дня изъ образовавшейся язвы вываливается коронка молочнаго зуба. Процессъ этотъ сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ и упадкомъ силъ, и если больной переживаетъ первые дни болѣзни, то злокачественное нагноеніе распространяется на челюсть и ведетъ къ омертвѣнію кости. Въ случаяхъ Климентовскаго смерть послѣдовала на 5-й и 45-й дни болѣзни.

По мнѣнію Климентовскаго, osteogingivitis отличается отъ stomacace слѣдующимъ: въ началѣ болѣзни нѣтъ вони, поражаетъ дѣтей еще до прорѣзыванія зубовъ, страданіе начинается не со слизистой оболочки, а прямо съ болѣе глубокихъ тканей, и опухоль десны, предшествующая выпаденію зуба, представляется ограниченной и рѣзко очерченною, такъ что напоминаетъ скорѣе parulis, нежели stomacace; десны не кровоточивы; отличіе отъ номы — отсутствіе гангренознаго запаха и гангрены мягкихъ частей.

Къ числу вонючихъ язвенныхъ стоматитовъ относятся еще воспаленіе рта при нѣкоторыхъ общихъ заразныхъ болѣзняхъ, каковы: дифтеритъ, оспа, скарлатина, но всѣ эти стоматиты въ діагностическомъ отношеніи не представляютъ особаго интереса, такъ какъ они появляются уже тогда, когда всѣ другіе симптомы этихъ болѣзней выражены настолько рѣзко, что діагностика не можетъ быть затруднительна.

Семіотика аппетита.

Усиленіе аппетита имѣетъ благопріятное значеніе, если появляется у ребенка въ періодѣ выздоровленія отъ какой-либо острolихорадочной или какой-либо другой истощающей болѣзни. Такой аппетитъ продолжается обыкновенно недолго и исчезаетъ, какъ только ребенокъ совсѣмъ поправится

Прожорливость, какъ явленіе физіологическое, замѣчается у грудныхъ дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни и служитъ весьма частой причиной развитія у нихъ диспепсіи и другихъ кишечныхъ разстройствъ, такъ какъ въ этомъ возрастѣ ребенокъ не отказывается проглатывать гораздо большія количества молока, чѣмъ въ состояніи переварить. Эта же прожорливость является благопріятнымъ условіемъ для развитія тучности у грудныхъ дѣтей.

Какъ явленіе патологическое, усиленный аппетитъ наблюдается у нѣкоторыхъ рахитиковъ, а также у идіотовъ, у діабетиковъ и при хроническомъ поносѣ.

Потеря аппетита, доходящая иногда до отвращенія отъ пищи, наблюдается при всѣхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, при страданіяхъ желудка и воспаленіяхъ рта.

Потеря аппетита, какъ симптомъ выдающійся и почти единственный, на который жалуются родители, нерѣдко наблюдается у дѣтей отъ 7 до 12 лѣтъ, представляющихъ при этомъ типическую картину упадка питанія, которую можно бы назвать *школьнымъ малокровіемъ.* Такія дѣти при сравнительно большомъ ростѣ отличаются узкой грудью, значительнымъ похуданіемъ (такъ что всѣ ребра легко пересчитать, не трогая ихъ пальцемъ), блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ (однако блѣдность эта по степени своей далеко уступаетъ хлоротической) и полной потерей аппетита, особенно къ мясной пищѣ. Обыкновенно они наклонны къ запорамъ и часто жалуются на головную боль. За лѣто больные поправляются и начинаютъ лучше ѣсть, но съ началомъ ученія аппетитъ снова пропадаетъ, и такъ тянется дѣло лѣтъ до 12—14, когда больной какъ бы перерождается, начинаетъ усиленно ѣсть и полнѣть.

Точно такая же картина получается въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническаго катарра желудка или хронической диспепсіи, такъ что подчасъ трудно бываетъ сказать, зависитъ ли потеря аппетита отъ малокровія, или же и то и другое обусловливается катарромъ желудка; послѣднее предположеніе дѣлается болѣе вѣроятнымъ, если языкъ густо обложенъ, больной часто жалуется на отрыжки или даже на тошноту, если у него бываютъ по временамъ боли живота, при чемъ запоръ смѣняется поносомъ и если у него постоянно замѣчается желтизна конъюнктивъ. За всѣмъ тѣмъ остается все-таки нерѣшеннымъ вопросъ, не оттого ли такія дѣти часто страдаютъ явленіями катарра желудка, что подъ вліяніемъ малокровія у нихъ отдѣляется мало желудочнаго сока и оттого они особенно расположены къ болѣзнямъ желудка (dysperpsia nervosa).

Діагностика катарра желудка отъ нервной диспепсіи значительно облегчается помощью изслѣдованія желудка зондомъ: продолжительность пребыванія пищи въ желудкѣ при нервной диспепсіи остается нормальной (часовъ черезъ 6—8 послѣ легкаго обѣда желудокъ пустъ), при катаррѣ же значительно удлиняется; достойно замѣчанія и то обстоятельство, что при нервной диспепсіи большое вліяніе на аппетитъ оказываетъ состояніе больного: стоитъ ему немножко разстроиться и аппетитъ совсѣмъ пропадаетъ, тогда какъ въ иное время онъ ѣстъ сравнительно лучше.

Иногда ребенокъ отказывается отъ пищи не отъ недостатка аппетита, а отъ совсѣмъ иныхъ причинъ; я имѣю въ виду именно грудныхъ дѣтей, не берущихъ груди. Ребенокъ отказывается сосать грудь или съ самаго рожденія, или онъ сначала бралъ ее, а потомъ бросилъ.

Если новорожденный *ребенокъ не беретъ груди* на первый день жизни, то это еще ничего не значитъ, такъ какъ явленіе это очень частое и временное только; но если ребенокъ продолжаетъ отказываться и на 2-й и на 3-й день, то съ этимъ приходится ужъ считаться.

Всѣ причины, отъ которыхъ зависитъ отказъ ребенка отъ груди, могутъ быть подведены подъ двѣ группы: или 1) онъ не можетъ сосать, или 2) ему нечего сосать. Ребенокъ не можетъ сосать грудь или оттого, что онъ очень слабъ, напр. не доношенъ или родился въ асфиксіи и страдаетъ ателектазомъ легкихъ, или оттого, что страдаетъ порокомъ развитія, въ видѣ раздвоенія губы и твердаго нёба или недоразвитія рта — mikrostomia.

Въ другихъ случаяхъ ребенокъ не беретъ груди оттого, что она или вовсе безъ молока, или, хотя и съ молокомъ, но онъ не можетъ ничего высосать изъ нея, такъ какъ: либо она очень туга и, такъ сказать, не подъ силу ребенку, либо сосокъ совсѣмъ не развитъ.

Если ребенокъ бралъ грудь въ первые дни жизни, но потомъ бросилъ, то это всего чаще зависитъ отъ молочницы или отъ присутствія во рту язвочекъ, афтозныхъ или сифилитическихъ, а также отъ трещинъ губъ, вообще оттого, что сосаніе причиняетъ ему боль; въ подобныхъ случаяхъ бываетъ и такъ, что рожокъ онъ сосетъ, а грудь нѣтъ (потому что послѣдняя требуетъ бóльшихъ усилій), или сосаніе оказывается невозможнымъ отъ тризма (у новорожденныхъ при тетанусѣ, у дѣтей постарше въ послѣднемъ періодѣ менингита), или отъ насморка (не можетъ дышать во время сосанія), или ребенокъ перестаетъ брать грудь отъ общей слабости,

вслѣдствіе ли того, что онъ родился недоношеннымъ или ослабѣлъ отъ какой-нибудь болѣзни. Наконецъ, въ третьемъ ряду случаевъ причиной отказа отъ груди бываетъ слишкомъ раннее даваніе соски или рожка; ребенка очень легко избаловать и привить ему разныя дурныя привычки, точно такъ же, какъ легко пріучить его и къ порядку. Привыкнувъ къ сладкой соскѣ или къ подслащенному коровьему молоку, ребенокъ начинаетъ упорно отказываться отъ груди (особенно, если она тугая и требуетъ отъ него извѣстной затраты силъ на сосаніе) и кончаетъ тѣмъ, что совсѣмъ бросаетъ ее.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ ребенокъ дѣйствительно не беретъ груди, т.-е. губы его остаются просто неподвижными, когда сосокъ груди вводится въ ротъ, или онъ дѣлаетъ слабыя попытки сосанія и скоро прекращаетъ ихъ, нерѣдко разражаясь при этомъ громкимъ крикомъ. Но помимо этого, встрѣчаются еще и другіе случаи, когда ребенокъ начинаетъ сосать жадно, но скоро поперхивается и бросаетъ грудь. Въ этомъ случаѣ невозможность сосанія обусловливается чрезмѣрнымъ количествомъ молока у кормящей и слабой грудью, при каковыхъ условіяхъ ребенокъ не успѣваетъ глотать получаемаго молока и потому захлебывается.

Въ публикѣ распространено мнѣніе, что самой частой причиной того, что ребенокъ плохо беретъ грудь, бываетъ слишкомъ короткая подъязычная уздечка. Въ дѣйствительности эта причина никогда не обусловливаетъ полной невозможности сосанія, хотя и можетъ затруднять его. Узнать существованіе короткой уздечки не трудно: если приподнять свободный конецъ языка шпателемъ, то видно, что уздечка натягивается при этомъ въ видѣ тонкой перепонки, прикрѣпляющейся слишкомъ далеко кпереди, вслѣдствіе чего при высовываніи языка или при подъемѣ его шпателемъ образуется на его кончикѣ родъ зазубрины, которой не должно быть, если уздечка не коротка (т.-е. прикрѣплена не слишкомъ далеко кпереди).

Если ребенокъ не беретъ груди оттого, что въ ней нѣтъ молока или оттого, что она слишкомъ туга, то это можно узнать посредствомъ изслѣдованія груди, т.-е. выдавливаніемъ (сдаиваніемъ) изъ нея молока.

Матери обращаются иногда къ врачу съ жалобой, что ребенокъ не беретъ груди, а между тѣмъ оказывается, что онъ сосетъ, но не такъ долго, какъ хотѣлось бы его матери, и врачу предстоитъ рѣшить вопросъ, оттого ли ребенокъ скоро бросаетъ грудь, что онъ сытъ, или отъ какой-либо иной причины? Если ребенокъ скоро насасывается, то это можетъ быть только при многомолочной груди,

и тогда ребенокъ представляется хорошо упитаннымъ; если же онъ скоро перестаетъ сосать подъ вліяніемъ общей слабости и т. п., то онъ хронически голодаетъ и прогрессивно худѣетъ. Вопросъ этотъ можетъ быть рѣшенъ и прямымъ путемъ, именно посредствомъ взвѣшиванія ребенка передъ кормленіемъ и непосредственно послѣ него; прибавка вѣса съ точностью указываетъ количество высосаннаго молока. Чтобъ судить о томъ, достаточно ли это количество, можно пользоваться данными Сниткина, по которому ребенокъ высасываетъ въ первый день $^1/_{100}$ часть вѣса своего тѣла (30 грм.), а потомъ съ каждымъ днемъ на 1 грм. больше, т.-е. въ концѣ 1-го мѣсяца онъ высасываетъ около 2 унцій, въ концѣ 3-го около 4-хъ и т. д. до 5-ти мѣсяцевъ, а потомъ количество выпиваемаго молока остается приблизительно одинаковымъ. Въ частной практикѣ, за неимѣніемъ вѣсовъ, приходится довольствоваться приблизительнымъ опредѣленіемъ молока.

Усиленная жажда встрѣчается у дѣтей чаще прожорливости. Нерѣдко, напр., она наблюдается у рахитиковъ, даже и не страдающихъ ни поносомъ, ни усиленнымъ потомъ. Polydipsia является далѣе постояннымъ спутникомъ поносовъ и діабета, настоящаго или ложнаго. Во многихъ случаяхъ обильное питье молока или сладкаго чая, особенно по ночамъ, обусловливается просто дурной привычкой и еще тѣмъ, что такимъ дѣтямъ очень нравится вкусъ даваемаго имъ питья. Сто́итъ, напр., замѣнить молоко простой водой, и тогда сейчасъ же окажется, что ребенокъ много пьетъ не отъ жажды, а отъ баловства.

Болѣзни зѣва.

Острыя воспаленія слизистой оболочки зѣва, т. н. жабы, встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ очень часто; но такъ какъ *дѣти до 5-ти лѣтъ обыкновенно не жалуются на боль при глотаніи,* то весьма легко не замѣтить жабу, если не придерживаться правила *осматривать горло у всякаго заболѣвшаго ребенка,* особенно же при лихорадочномъ состояніи. Строгое выполненіе этого правила является самымъ главнымъ условіемъ для правильной діагностики болѣзней горла у дѣтей. Во многихъ случаяхъ, особенно у грудныхъ дѣтей, одного осмотра недостаточно, но нужно еще пощупать пальцемъ, которымъ всего скорѣе удается открыть существованіе заднеглоточнаго нарыва.

Воспаленіе горла во всѣхъ случаяхъ выражается краснотой и набухлостью слизистой оболочки миндалинъ и мягкаго нёба; но иногда все дѣло этимъ только и ограничивается, тогда какъ въ другихъ случаяхъ на красномъ фонѣ появляются бѣловатые или желтоватые островки или бляшки и сплошные налеты, и на этомъ основаніи можно различать простыя, точечныя и налетныя жабы.

Болѣзни зѣва, выражающіяся краснотой слизистой оболочки миндалинъ и мягкаго неба.

Сюда относится прежде всего *простая* или **катарральная жаба** — angina catarrhalis. Болѣзнь эта является или первично, подъ вліяніемъ простуды у дѣтей совершенно здоровыхъ, или вторично при обостреніяхъ хроническаго катарра зѣва, въ особенности у золотушныхъ дѣтей съ гипертрофированными тонзиллами, или при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, именно при гриппѣ, скарлатинѣ и кори.

Самостоятельная катарральная жаба, ang. catar. rheumatica, встрѣчается довольно рѣдко, гораздо рѣже, напр., чѣмъ различнаго рода точечныя жабы. Болѣзнь эта характеризуется значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (у старшихъ дѣтей болью при глотаніи) и краснотой, съ набухлостью слизистой оболочки миндалинъ и мягкаго нёба. Черезъ 2—3 дня все проходитъ. Если подобные припадки повторяются у ребенка нѣсколько разъ въ осень и зиму, и если миндалевидныя железы представляются увеличенными или есть другіе признаки хроническаго катарра зѣва, въ видѣ расширенія сосудовъ и припухлости железокъ на задней стѣнкѣ глотки, слизистая оболочка которой бываетъ обыкновенно суха, то тогда имѣемъ дѣло съ обостреніемъ хроническаго катарра, и въ такомъ случаѣ лихорадочное состояніе бываетъ ничтожнымъ, а то такъ и совсѣмъ отсутствуетъ.

Катарральная жаба, какъ спутникъ острой инфекціонной болѣзни, отличается отъ первичной ангины сопутствующими симптомами: при гриппѣ обязательно бываетъ насморкъ, а нерѣдко и кашель; при скарлатинѣ уже въ концѣ первыхъ сутокъ появляется характерная сыпь на кожѣ, а при кори діагностика облегчается тѣмъ, что на первый день лихорадочнаго состоянія слизистая оболочка зѣва остается еще нормальной, а на 2-й или на 3-й день появляется не разлитая краснота, какъ при ang. catar., а пятнистая. Пятнышки величиной до чечевицы, болѣе или менѣе въ ограничен-

номъ числѣ, появляются на мягкомъ и отчасти на твердомъ нёбѣ среди нормальной, т.-е. непокраснѣвшей слизистой оболочки, а разлитая инъекція является позднѣе, напр. черезъ сутки, и тогда отдѣльныя пятнышки стушевываются: въ это время ихъ легче замѣтить на другихъ частяхъ рта, въ особенности на слизистой оболочкѣ губъ и щекъ. О діагностическомъ значеніи этой продромальной коревой сыпи см. болѣзни рта (стран. 59).

При скарлатинѣ на первый день болѣзни краснота зѣва тоже бываетъ не разлитой, а мелкоточечной. Точки гораздо мельче, чѣмъ пятнышки при кори, и сидятъ очень тѣсно другъ около друга и иногда ясно видно, что онѣ обусловлены петехіями. Если скарлатинозная сыпь мягкаго нёба не сопровождается точечными кровоизліяніями, то она очень скоро уступаетъ мѣсто разлитой краснотѣ, которая до нѣкоторой степени характерна только потому, что въ первое время занимаетъ центръ мягкаго нёба, и ограничивается очень рѣзкими краями (ландкартообразная краснота) тогда какъ при простой катарральной жабѣ больше поражаются миндалины и краснота никогда не отграничивается рѣзко отъ нормальной слизистой оболочки. Черезъ день или два специфическій характеръ скарлатинозной катарральной жабы исчезаетъ, краснота дѣлается разлитой и распространяется на миндалины и на заднюю стѣнку глотки.

Болѣзни зѣва, выражающіяся образованіемъ на миндалинахъ бѣловато-желтоватыхъ островковъ.

Фолликулярная жаба — angina follicularis. Вслѣдствіе закупорки и воспаленія фолликулярныхъ железокъ на покраснѣвшей поверхности миндалинъ появляется значительное количество желтоватыхъ, круглыхъ, величиной съ булавочную головку, слегка возвышенныхъ островковъ или угорьковъ. Отъ всѣхъ другихъ формъ точечныхъ жабъ эта angina отличается довольно легко по *равномѣрной величинѣ* и *правильной формѣ островковъ*, придающихъ миндалинамъ видъ „звѣзднаго неба“, по мѣткому сравненію Stromeyer'а. *Высыпаніе угорьковъ никогда не заходитъ за границы миндалевидныхъ железъ.* Болѣзнь эта сразу начинается сильнымъ жаромъ, а иногда и рвотой и потому можетъ навести врача на мысль о скарлатинѣ, тѣмъ болѣе, что angina scarlatinosa проявляется иногда и въ формѣ фолликулярной. Сомнѣніе не можетъ продолжаться долѣе сутокъ, т.-е. до времени высыпанія скарлатины.

Лакунарная жаба — angina lacunaris отличается отъ предыдущей формой и цвѣтомъ островковъ. На покраснѣвшей миндалинѣ замѣчаются совершенно *неправильной формы*, часто щелеобразныя, фигуры, отличающіяся совершенно *бѣлымъ цвѣтомъ*. Здѣсь дѣло идетъ не объ угорькахъ слизистой оболочки, т.-е. не о припухшихъ фолликулахъ, а просто о скопленіи катарральнаго секрета (слизь, эпителій, грибки) въ углубленіяхъ, которыми такъ богаты миндалевидныя железы, въ особенности гипертрофированныя. Если пробки, выполняющія лакуны, чисто бѣлаго цвѣта, то діагностика легка, такъ какъ при другихъ точечныхъ ангинахъ островки отличаются желтоватымъ или сѣроватымъ цвѣтомъ; если же лакуны выполняются слизисто-гнойнымъ отдѣляемымъ и получаютъ видъ желтоватыхъ островковъ, то болѣзнь можетъ быть принята за точечный дифтеритъ. Этому послѣднему присущи два свойства, на основаніи которыхъ діагностика можетъ быть поставлена тотчасъ же или, по крайней мѣрѣ, не далѣе, какъ черезъ сутки. Первое свойство дифтерита состоитъ въ томъ, что экссудатъ при немъ (гдѣ бы то ни было — въ зѣвѣ ли, кишкахъ и проч. — это все равно) первоначально занимаетъ выпуклыя мѣста слизистой оболочки (при дизентеріи, напр. вершины складокъ), и потому при существованіи углубленій на тонзиллахъ дифтеритъ займетъ сначала не полость ямки, какъ angina lacunaris, а края ея. Чтобъ разсмотрѣть подробнѣе локализацію островковъ, необходимо конечно, чтобъ больной умѣлъ показывать горло, что встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ не особенно часто; въ противномъ случаѣ приходится отложить рѣшеніе до другого дня и пользоваться вторымъ свойствомъ дифтерита, именно его склонностью *распространяться по поверхности*. Если до завтра островки сдѣлались больше, нѣкоторые изъ нихъ слились, образовавъ бляшки, то это не лакунарная ангина, а дифтеритъ.

Лакунарная жаба начинается и протекаетъ при сильной лихорадкѣ (до 40°) и отличается циклическимъ теченіемъ, кончаясь кризисомъ на 3-й, рѣдко на 4-й день. Если же дифтеритъ начинается сильнымъ жаромъ, то въ первые дни онъ всегда прогрессируетъ, принимаетъ пленчатую форму и такъ скоро никогда не кончается. Абортивная форма дифтерита, остающагося до конца въ видѣ точечной ангины, хотя и можетъ кончиться выздоровленіемъ въ 3—4 дня, но въ такомъ случаѣ она остается въ видѣ чисто мѣстной болѣзни и протекаетъ не только безъ жара, но и безъ красноты пораженной слизистой оболочки. Лакунарная жаба принадлежитъ

къ числу острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, на что указываетъ ея циклическое теченіе и появленіе ея въ видѣ семейныхъ эпидемій; послѣднее обстоятельство значительно облегчаетъ распознаваніе, такъ какъ эпидеміи дифтерита не могутъ появляться въ видѣ типически протекающихъ *легкихъ* ангинъ.

Афтозная жаба характеризуется образованіемъ на слизистой оболочкѣ мягкаго нёба и тонзиллъ небольшихъ (съ чечевицу), круглыхъ, поверхностныхъ, желтоватыхъ *язвочекъ,* съ рѣзко инъецированными краями. Смѣшать эту форму жабы съ дифтеритомъ или съ другими точечными ангинами не легко, такъ какъ язвочки никогда не локализируются на однѣхъ только миндалинахъ, но обязательно сопровождаются афтами и на *другихъ частяхъ слизистой оболочки рта,* въ особенности на языкѣ, губахъ и деснахъ. Афтозная ангина, какъ и афтозный стоматитъ, нерѣдко сопровождается значительнымъ жаромъ.

Точечный дифтеритъ отличается отъ другихъ формъ точечныхъ жабъ, какъ уже сказано, двумя свойствами: наклонностью къ распространенію по поверхности и первоначальнымъ появленіемъ на выступахъ слизистой оболочки. Дифтеритъ, даже и пленчатый, нерѣдко протекаетъ почти съ нормальной температурой, а точечная его форма почти исключается значительнымъ жаромъ; если дѣло идетъ о семейной эпидеміи дифтерита, то діагностика облегчается тѣмъ, что рядомъ съ абортивными точечными формами наблюдаются и типическіе случаи дифтерита.

Если черезъ 2—3 недѣли у больного появляются дифтеритическіе параличи, то значитъ жаба у него была дифтеритическая,

Болѣзни зѣва, сопровождающіяся образованіемъ бляшекъ или пленокъ.

Въ нормальной, негипертрофированной миндалевидной железѣ всегда можно замѣтить въ срединѣ ея довольно большое углубленіе (лакуна) овальной формы, съ длиннымъ діаметромъ сверху внизъ. При простой катарральной жабѣ или при паренхиматозной это углубленіе выполняется иногда до самаго верха слизистой пробкой (какъ при ang. lacunaris выполняются мелкія углубленія), и тогда въ центрѣ припухшей и покраснѣвшей миндалины появляется бѣлое пятно, величиной примѣрно въ бобъ. Пятно это сидитъ такъ крѣпко, что не можетъ быть удалено кисточкой и поэтому, а также и по величинѣ своей, симулируетъ дифтеритическую пленку.

Эта разновидность лакунарной ангины часто сопровождается значительной припухлостью всей железы — angina parenchymatosa — и нерѣдко кончается нарывомъ. Начало болѣзни обозначается сильнымъ жаромъ, обыкновенно съ знобомъ и у дѣтей старшаго возраста очень затрудненнымъ глотаніемъ.

Въ силу того, что бѣлое пятно образуется на мѣстѣ лакуны, оно представляетъ нѣкоторыя особенности, служащія для отличія его отъ дифтеритической бляшки. 1) Оно всегда занимаетъ *середину миндалины;* 2) всегда имѣетъ *овальную форму* съ продольнымъ діаметромъ сверху внизъ; 3) *края* его рѣзко *ограничены,* а поверхность лежитъ на уровнѣ слизистой оболочки, рѣдко нѣсколько выстоитъ надъ ней; 4) *цвѣтъ* его вначалѣ *интенсивно бѣлый;* 5) величина пятна въ теченіе нѣсколькихъ дней остается стаціонарной. Напротивъ того, дифтеритическая бляшка сѣроватаго или желтоватаго цвѣта, съ неправильно очерченными контурами, съ каждымъ днемъ увеличивается и распространяется не только на всю миндалину, но обыкновенно и на мягкое нёбо (на язычокъ) и на заднюю стѣнку.

Герпетическая жаба или лишай глотки — herpes tonsillarum s. angina herpetica характеризуется появленіемъ на миндалинѣ группы тѣсно сидящихъ пузырьковъ, которые очень скоро лопаются и оставляютъ на своемъ мѣстѣ ссадину, покрытую желтоватымъ детритомъ и окруженную ярко-краснымъ фономъ. Высыпанію пузырьковъ и образованію желтоватой бляшки (ссадины) предшествуетъ двухъ-трехдневное лихорадочное состояніе, большею частью, очень сильное. Болѣзнь кончается выздоровленіемъ въ 3—4 дня. Если врачъ не засталъ періода пузырьковъ, то онъ легко можетъ ошибиться, принявъ сѣровато-желтую поверхность ссадины за дифтеритическую бляшку, на которую она похожа и по цвѣту и по очертанію. По замѣчанію Cadet de Gassicourt'a, herpes глотки служитъ самымъ обильнымъ источникомъ ошибокъ, которыхъ, при однократномъ осмотрѣ больного, не всегда можно избѣгнуть; впрочемъ едвали можно согласиться, съ тѣмъ, будто ang. herpetica служитъ „обильнымъ“ источникомъ ошибокъ; дѣло въ томъ, что эта форма жабы, по крайней мѣрѣ у насъ въ Москвѣ принадлежитъ къ весьма большимъ рѣдкостямъ.

Отличія отъ дифтерита состоятъ, помимо этіологическаго момента (ang. herpetica отъ неизвѣстной причины или отъ явной простуды, diphtheritis отъ зараженія), въ продолжительной и сильной *продромальной* лихорадкѣ, въ происхожденіи бляшки изъ группы пузырь-

ковъ (если удалить экссудатъ съ поверхности язвочки ватнымъ шарикомъ, то удается видѣть иной разъ фестончатые края ссадины, какъ намекъ на пузырьчатое происхожденіе ея), нерѣдкомъ сопутствіи лишая глотки herpes'омъ губъ и въ быстромъ выздоровленіи.

Ложно—дифтеритическая жаба — pseudo diphtheritis. Мы употребляемъ это названіе въ чисто клиническомъ смыслѣ и понимаемъ подъ этимъ именемъ всякаго рода воспаленіе слизистой оболочки, протекающее съ образованіемъ бѣлыхъ или бѣловато-желтоватыхъ бляшекъ, похожихъ на дифтеритическія, но не зависящихъ отъ зараженія ядомъ дифтеріи, т.-е. такого рода жабы, при которыхъ нельзя найти Löffler'скаго бацилла ни путемъ микроскопическаго изслѣдованія пленокъ (см. ниже), ни посредствомъ разведенія культуръ микроба на кровяной сывороткѣ. Что дифтеритическія бляшки могутъ быть произведены не однимъ только бацилломъ Löffler'a, но также и другими микробами, это въ настоящее время не подлежитъ сомнѣнію, но какіе именно микробы обладаютъ этимъ свойствомъ, мы въ точности еще не знаемъ; весьма вѣроятно, однако что такихъ микробовъ окажется нѣсколько. На основаніи собственныхъ наблюденій, произведенныхъ за послѣдніе два года въ клиническихъ заразныхъ баракахъ, мы пришли къ убѣжденію, что всего чаще при ложно-дифтеритическихъ жабахъ встрѣчается цѣпотчатый коккъ (streptococcus) и что напр. почти всѣ случаи скарлатинознаго дифтерита съ бактеріологической точки зрѣнія могутъ быть названы стрептококковой жабой; для насъ несомнѣнно далѣе и то, что стрептококковая ложно дифтеритическая жаба встрѣчается иногда и безъ скарлатины, т.-е. въ видѣ самостоятельной болѣзни; нельзя конечно отрицать возможности въ подобныхъ случаяхъ скарлатины безъ сыпи, но иногда это предположеніе рѣшительно опровергается тѣмъ, что больной, только что перенесшій стрептококковую ложно-дифтеритическую жабу, вслѣдъ за тѣмъ заражается и заболѣваетъ скарлатиной. Одинъ такой случай встрѣтился намъ въ баракахъ въ декабрѣ 1892 года. Klebs (Real-Encyclop. Diphtheritis s. 164) наблюдалъ цѣлую семейную эпидемію ложнаго дифтерита, обусловленнаго крупнымъ микрококкомъ изъ группы монадинъ, такъ что *заразительность отнюдь не можетъ считаться доказательствомъ противъ ложно дифтеритическаго характера жабы.*

Такъ какъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи ложный дифтеритъ ничѣмъ не отличается отъ настоящаго, а этіологія, составляющая главнѣйшее отличіе этихъ жабъ, часто остается невы-

ясненной, то понятно, что распознаваніе ложнаго дифтерита при постели больного представляетъ большія затрудненія, а между тѣмъ своевременное выясненіе вопроса о натурѣ болѣзни чрезвычайно важно какъ для прогностики, такъ и для лѣченія. Дѣло въ томъ, что ложно-дифтеритическія жабы относятся къ числу легкихъ заболѣваній (наши наблюденія вполнѣ подтверждаютъ въ этомъ отношеніи наблюденія Roux и Yersin'a (см. Врачъ. 1890, стран. 708) которые никогда не видали при ложномъ дифтеритѣ смертельнаго исхода), а потому онѣ не требуютъ строгой изоляціи, столь необходимой при дифтеритѣ настоящемъ. Быстрая и точная діагностика можетъ быть сдѣлана только посредствомъ бактеріоскопическаго изслѣдованія (см. ниже стр. 85), а если послѣднее почему-либо не примѣнимо, то приходится довольствоваться болѣе или менѣе вѣроятнымъ предположеніемъ.

На основаніи клиническихъ симптомовъ можно указать на слѣдующія точки опоры: можно *исключить ложно-дифтеритическую ангину* и признать дифтеритъ, если въ данной семьѣ уже есть другіе случаи дифтеріи, если болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, экссудатъ распространяется по поверхности и переходитъ за границы тонзиллъ, напр. на мягкое нёбо и на язычокъ, и въ особенности на носъ или гортань, если сильно припухаютъ шейныя лимфатическія железы или появляется альбуминурія; если въ періодѣ выздоровленія развиваются дифтеритическіе параличи и, наконецъ, если болѣзнь кончается смертельнымъ исходомъ.

Предположить ложный дифтеритъ можно въ томъ случаѣ, если въ данной семьѣ уже было нѣсколько случаевъ какъ бы легкаго дифтерита, если перепонки бѣлаго цвѣта и неплотно пристаютъ къ слизистой оболочкѣ, если болѣзнь началась въ видѣ сильной катарральной жабы, т.-е. значительной лихорадкой при интензивной краснотѣ зѣва и очень болѣзненномъ глотаніи. Важно отмѣтить, что при ложномъ дифтеритѣ пленчатый экссудатъ почти никогда не распространяется за границы тонзилъ, а потому присутствіе бляшекъ на мягкомъ нёбѣ, языкѣ и на заднихъ дужкахъ сильно говоритъ въ пользу настоящаго дифтерита.

Дифтеритъ зѣва. Руководствуясь патолого-анатомическимъ критеріемъ, дифтеритомъ зѣва можно бы было называть только такую ангину, при которой образуется настоящій дифтеритическій экссудатъ, при которомъ происходитъ, такъ-наз. коагуляціонный некрозъ слизистой оболочки; въ періодѣ выздоровленія омертвѣвшія части

должны бы отдѣлиться путемъ реакціоннаго нагноенія и на мѣстѣ дифтерита осталась бы язва, а по заживленіи ея — рубецъ. Но съ клинической точки зрѣнія подъ именемъ дифтерита зѣва понимается нѣчто совсѣмъ другое, нѣчто такое, что не требуетъ ни омертвѣнія слизистой оболочки, ни образованія язвъ, ни рубца, хотя все это и можетъ имѣть мѣсто. При діагностикѣ дифтерита зѣва клиницисты руководствуются не анатомическими измѣненіями слизистой оболочки, а этіологическими моментами: подъ *именемъ дифтерита зѣва мы понимаемъ воспаленіе слизистой оболочки его, развившееся подъ вліяніемъ яда дифтеріи*. Будетъ ли при этомъ въ зѣвѣ крупозный экссудатъ или дифтеритическій, или воспаленіе абортируется на степени катарральной, — это безразлично; разъ мы знаемъ, что въ данномъ случаѣ angina произошла отъ зараженія ядомъ дифтеріи, мы назовемъ ее дифтеритической жабой, а для обозначенія ея степени прибавимъ соотвѣтствующій эпитетъ; такимъ образомъ мы различаемъ катарральную форму дифтерита, крупозный дифтеритъ и гангренозный или септическій дифтеритъ. Это различныя степени проявленія одного и того же процесса — дифтеріи, принадлежащей къ числу заразительныхъ и эпидемическихъ болѣзней.

Такъ какъ не одинъ только ядъ дифтеріи способенъ вызывать крупозное или дифтеритическое воспаленіе слизистыхъ оболочекъ, но также и яды нѣкоторыхъ другихъ болѣзней, то понятно, что одно только присутствіе дифтеритическаго экссудата на той или другой слизистой оболочкѣ еще не доказываетъ зараженія даннаго субъекта ядомъ дифтеріи; при тяжеломъ кровавомъ поносѣ, напр., бываетъ дифтеритъ толстыхъ кишокъ; но это не значитъ, что больной заразился ядомъ дифтеріи; такую болѣзнь производитъ обыкновенно ядъ другой болѣзни, извѣстной подъ именемъ dysenteria. И здѣсь, такъ же какъ и при дифтеритѣ зѣва, встрѣчаются всевозможныя градаціи воспаленія и потому отличаютъ, напр., катарральную форму дизентеріи, крупозную и дифтеритическую, словомъ, — аналогія полная. То же самое по отношенію къ зѣву мы имѣемъ и при скарлатинѣ, ядъ которой всегда вызываетъ воспаленіе слизистой оболочки зѣва; но степень этого воспаленіи въ различныхъ случахъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ отъ простой катарральной жабы до степени настоящаго дифтеритическаго некроза.

Итакъ, по степени развитія мѣстныхъ и общихъ симптомовъ, мы различаемъ точечную форму дифтеріи, пленчатый дифтеритъ и септическій.

Точечная форма или катарральный дифтеритъ характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ миндалинъ сѣроватыхъ или желтоватыхъ островковъ, величиной отъ булавочной головки и нѣсколько больше; лихорадка не велика или совсѣмъ отсутствуетъ, подчелюстныя железы не припухаютъ; вся болѣзнь можетъ кончиться выздоровленіемъ въ 3—4 дня.

Въ патолого-анатомическомъ смыслѣ точечная форма не можетъ быть названа не только дифтеритомъ, но даже и крупомъ, потому что никакого фибринознаго экссудата тутъ нѣтъ, и дѣло идетъ лишь о легкомъ катаррѣ слиз. обол., при которомъ, вслѣдствіе островиднаго отложенія слизеподобнаго экссудата въ верхнихъ слояхъ эпителія, образуются желтовато-сѣрыя пятнышки (Heubner).

Если эта форма не развивается дальше, а абортируется на степени точекъ, то конечно ее легко принять за лакунарную или за какую-нибудь другую катарральную жабу. Объ отличіяхъ было сказано выше. Такъ какъ всѣ катарральныя жабы начинаются обыкновенно съ значительнаго жара, и только одинъ дифтеритъ составляетъ исключеніе, то нормальная или почти нормальная температура при точечной ангинѣ даетъ право подозрѣвать дифтерійную натуру данной жабы; а если притомъ въ семьѣ уже есть или были другіе случаи ясно выраженной дифтеріи, то діагностика дѣлается болѣе, чѣмъ вѣроятной.

Въ дѣйствительности такія формы встрѣчаются очень рѣдко; обыкновенно же распознаваніе облегчается тѣмъ обстоятельствомъ, что съ каждымъ днемъ отдѣльные островки увеличиваются по поверхности и, сливаясь, образуютъ бляшки и пленки сначала на миндалинахъ только, а потомъ на мягкомъ нёбѣ, и можно прямо сказать, что если пленки захватываютъ край нёбной занавѣски или язычокъ, то это навѣрное не катарральная жаба, а либо дифтерія, либо скарлатина; осмотръ ножи немедленно рѣшаетъ, что̀ именно.

Крупозная или пленчатая форма дифтеріи образуется или изъ точечной, или является сразу таковой, и въ такомъ случаѣ, подобно катарральнымъ жабамъ, дифтерія начинается нерѣдко сильнымъ жаромъ. При осмотрѣ горла на 1-й день болѣзни можно замѣтить лишь явленія сильной катарральной ангины: яркая краснота миндалинъ и мягкаго нёба и отечная припухлость этихъ частей (увеличеніе язычка); на 2-й или только на 3-й день при продолжающейся лихорадкѣ появляются дифтеритическія бляшки и на мягкомъ нёбѣ. Въ начальномъ періодѣ пленки сидятъ плотно и не могутъ быть отдѣлены безъ кровотеченія, но черезъ нѣсколько дней онѣ отходятъ сами собой.

Постояннымъ спутникомъ подобныхъ жабъ бываетъ опухоль подчелюстныхъ и шейныхъ железъ, которыя однако почти никогда не переходятъ въ нагноеніе (отличіе отъ скарлатинозной жабы).

Отсутствіе лихорадочнаго состоянія и опухоли железъ не исключаетъ дифтеріи.

Продолжительность крупозной формы дифтеріи колеблется отъ 5—6 дней до 2—3 недѣль, рѣдко дольше.

Какимъ бы легкимъ ни казался дифтеритъ у даннаго больного, никогда нельзя быть покойнымъ за благополучный исходъ, въ виду возможности распространенія процесса на гортань (крупъ). Безлихорадочное состояніе не только не гарантируетъ отъ этой непріятности, но даже, какъ будто, располагаетъ къ нему. Чѣмъ больше прошло времени отъ начала болѣзни, тѣмъ меньше шансовъ за пораженіе гортани, и слѣдовательно, тѣмъ лучше предсказаніе. Дифтеритъ всего больше оказываетъ наклонность распространяться по поверхности въ теченіе первыхъ 5 дней и потому, если благополучно прошла первая недѣля, то можно надѣяться, что крупа не будетъ.

Чѣмъ моложе ребенокъ, т.-е. чѣмъ меньше разстояніе отъ миндалинъ до гортани, тѣмъ скорѣе можно ждать развитія крупа; у дѣтей до 2 лѣтъ дифтеритъ особенно опасенъ именно потому, что переходъ на гортань въ этомъ возрастѣ является почти правиломъ.

Дифтеритъ можетъ быть опасенъ и самъ по себѣ, по вліянію его на общее состояніе организма и на дѣятельность сердца. Дифтеритъ тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ толще ложныя оболочки и чѣмъ болѣе онѣ занимаютъ мѣста; распространеніе дифтерита на заднюю стѣнку глотки и въ особенности на слизистую оболочку носа справедливо считается очень дурнымъ предзнаменованіемъ; такое же значеніе имѣютъ и значительное увеличеніе шейныхъ железъ и отекъ окружающей ихъ клѣтчатки; всего меньше данныхъ для предсказанія даетъ лихорадка; по Боткину, высокія температуры при дифтеріи допускаютъ лучшее предсказаніе, чѣмъ низкія.

Септическая форма дифтеріи отличается отъ предыдущей какъ по характеру мѣстныхъ явленій, такъ и по общему состоянію организма. Значительно увеличенныя миндалины покрыты грязно-сѣрымъ экссудатомъ, издающимъ вонючій запахъ; изъ носа вытекаетъ сѣрозно-гнойная, иногда кровянистая жидкость; шея значительно опухаетъ и не только отъ инфильтраціи, сколько отъ отека клѣтчатки; упадокъ силъ, похолоданіе конечностей, слабый пульсъ.

Подобные случаи почти всегда смертельны; если явленія адинаміи

являются съ самаго начала, то больной рѣдко переживаетъ первую недѣлю, а нѣкоторые умираютъ въ первые 2—3 дня.

О характеристикѣ дифтеритическихъ параличей будетъ сказано въ главѣ о параличахъ.

Дифтеритъ въ своей пленчатой или септической формѣ очень похожъ на *тяжелую скарлатинозную жабу*, которая тоже характеризуется образованіемъ дифтеритическихъ пленокъ въ зѣвѣ. Разница здѣсь не столько клиническая, сколько этіологическая. Отличіе дифтеріи отъ злокачественной (дифтеритической) скарлатинозной жабы можно резюмировать такимъ образомъ: скарлатинозный дифтеритъ происходитъ отъ отравленія организма ядомъ скарлатины (по нѣкоторымъ, отъ вторичной инфекціи цѣпотчатымъ коккомъ), а потому вмѣстѣ съ жабой появляется и скарлатинозная сыпь, а самостоятельный дифтеритъ происходитъ отъ зараженія ядомъ дифтеріи, который никакого отношенія къ кожѣ не имѣетъ и сыпи не вызываетъ. Итакъ, если при пленкахъ въ зѣвѣ есть извѣстная сыпь на кожѣ, то это скарлатинозная жаба или скарлатинозный дифтеритъ; а если сыпи нѣтъ, то обыкновенный дифтеритъ или дифтерія. Но правило это, годное для громаднаго большинства случаевъ, допускаетъ и исключенія, и именно въ двухъ направленіяхъ. Во 1-хъ, встрѣчаются случаи скарлатинознаго дефтерита безъ сыпи (это чаще бываетъ у людей взрослыхъ), и во 2-хъ, больной можетъ заразиться ядами двухъ болѣзней: скарлатины и дифтеріи, и тогда можетъ случиться, что у скарлатинознаго больного разовьется дифтерійная жаба.

О діагностикѣ скарлатины безъ сыпи будетъ рѣчь въ главѣ о скарлатинѣ, а что касается до дифтеріи, осложняющей скарлатину, то по одному лишь наружному виду жабы точная діагностика не возможна.

Скарлатинозный дифтеритъ появляется у больного съ первыхъ дней заболѣванія, всего чаще на 3—5-й день, а потому если дифтеритная жаба появляется прежде сыпи или, наоборотъ, позднѣе конца первой недѣли, то можно думать, что дифтеритъ у больного самостоятельный, и это тѣмъ вѣроятнѣе, чѣмъ позднѣе онъ появляется. Скарлатинозная жаба часто распространяется на хоаны, но почти никогда не поражаетъ гортани, а потому если у скарлатинознаго больного дифтеритъ является поздно и распространяется на гортань, то почти навѣрное это самостоятельный дифтеритъ; діагностика становится несомнѣнной, если въ періодѣ выздоровленія появляются характерные дифтерическіе параличи.

Случаи осложненія скарлатины самостоятельнымъ дифтеритомъ, т.-е. дифтеріей, встрѣчаются въ частной практикѣ крайне рѣдко, такъ что всѣ случаи дифтерической жабы при скарлатинѣ можно считать за злокачественную скарлатинозною жабу (или за скарлатинозный дифтеритъ). Поступая такимъ образомъ, врачъ очень мало рискуетъ ошибиться; но въ дурно устроенныхъ больницахъ, гдѣ всѣ заразные больные лежатъ чуть не рядомъ, случаи двойственнаго зараженія принадлежатъ къ числу довольно обычныхъ явленій.

Такъ какъ въ настоящее время считается за доказанное, что во всѣхъ случаяхъ настоящаго дифтерита, можно найти въ пленкахъ Klebs — Löffler'скаго бацилла, то въ сомнительныхъ случаяхъ всякаго рода пятнистыхъ или пленчатыхъ жабъ, въ видахъ скорѣйшаго выясненія діагностики, слѣдовало бы прибѣгать къ бактеріологическому изслѣдованію частицъ перепонокъ, добытыхъ изъ зѣва пинцетомъ. Roux и Yersin, спеціально занимавшіеся вопросомъ о діагностикѣ дифтерита посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія пленокъ, на основаніи болѣе чѣмъ ста случаевъ пришли къ заключенію, что нѣтъ ничего легче и скорѣе, какъ микроскопическое изслѣдованіе ложной оболочки и ничего проще, какъ выдѣленіе колоній на сывороткѣ. Они совѣтуютъ поступать такъ: клочки перепонки осушиваютъ о пропускную бумагу и натираютъ ими предметное стекло такимъ образомъ, чтобы на поверхности послѣдняго получился слой изъ ложной перепонки, а не изъ слизи; затѣмъ предметное стекло высушиваютъ, проводя черезъ пламя и окрашиваютъ Löffler'ской синькой или генціана-віолетомъ по Gram'у*). Окрашенный препаратъ промываютъ водой и во влажномъ состояніи изслѣдуютъ помощью иммерсіонной системы. Дифтеритныя палочки слегка изогнуты, на концахъ набухли въ видѣ груши или булавы, зернисты и неравномѣрно окрашены. Впрочемъ слѣдуетъ замѣтить,

*) Наблюденія наши въ клиническихъ заразныхъ баракахъ показали намъ, что бациллъ Löffler'a, не трудно найти и безъ удаленія кусочка пленки пинцетомъ; достаточно слегка поскоблить по поверхности пленки въ зѣвѣ платиновой петлей и приставшую къ ней слизь размазать на покрывательномъ стеклышкѣ, высушить его и окрасить Löffler'ской синькой. Для приготовленія этой краски мы беремъ насыщенный спиртовой растворъ methylen-blau, фильтруемъ его и смѣшиваемъ съ воднымъ растворомъ ѣдкаго калія (1:10000) при чемъ на 100 чч. послѣдняго беремъ 30 чч. раствора краски. Высушенное покрывательное стеклышко запачканное слизью опускается въ краску минутъ на 10 потомъ оно слегка обмывается водой, обсушивается пропускной бумагой, помѣщается на объективное стекло съ каплей канатскаго бальзама и препаратъ готовъ. На рис. 1-мъ изображенъ препаратъ бациллъ Löffler'a, приготовленный по только что описанному способу (см. таблицы).

что эта набухлость концовъ и неравномѣрная окраска выступаютъ не рѣзко и замѣтны далеко не на всѣхъ экземплярахъ палочекъ. Въ пленкахъ при настоящемъ дифтеритѣ такія палочки встрѣчаются постоянно, хотя бы и рядомъ съ другими микробами. Микроскопическое изслѣдованіе требуетъ всего нѣсколько минутъ и въ большинствѣ случаевъ даетъ совершенно точные результаты. Если болѣзнь идетъ къ выздоровленію, то дифтеритическія палочки уменьшаются въ числѣ, тогда какъ загрязняющіе микробы увеличиваются — обстоятельство, имѣющее значеніе для предсказанія. Въ легкихъ случаяхъ уже съ самаго начала бываетъ мало дифтеритныхъ палочекъ, но много другихъ микробовъ. Когда палочекъ очень мало, то для провѣрки діагноза Roux и Yersin совѣтуютъ прибѣгать къ разводкамъ на кровяной сывороткѣ, которая составляетъ настолько благопріятную среду для развитія дифтеритной палочки, что уже менѣе чѣмъ въ 24 часа получаются совершенно ясныя колоніи, тогда какъ большинство загрязняющихъ микробовъ въ это время лишь едва начинаютъ разрастаться. Достаточно поскребсти проволочнымъ платиновымъ шпателемъ въ двухъ-трехъ трубочкахъ по поверхности свернутой сыворотки и помѣстить ихъ въ шкафъ съ 35° Ц. По большей части уже спустя 20 часовъ въ нихъ ясно видны дифтеритныя колоніи: кругловатыя, сѣровато-бѣлыя пятна, центръ которыхъ менѣе прозраченъ, чѣмъ периферія. Но такъ какъ подобныя колоніи могутъ быть произведены коккомъ, то для вѣрности слѣдуетъ приготовить изъ нихъ микроскопическіе препараты и окрасить ихъ. *Посѣвы можно получить и изъ сухихъ перепонокъ,* для чего стоитъ только размочить ихъ въ чистой водѣ (сухія дифтеритныя палочки сохраняются очень долго и могутъ даже выносить температуру въ 96—98° Ц. въ теченіе часа. (Врачъ. 1890 г., стр. 708).

Нѣкоторые думаютъ, что діагностическое значеніе бактеріологическаго изслѣдованія ослабляется тѣмъ обстоятельствомъ, что не только при различнаго рода жабахъ, но даже и въ ротовой слизи вполнѣ здоровыхъ людей не особенно рѣдко встрѣчается т. н. *ложно-дифтеритическая палочка,* которая по своему виду и по своимъ колоніямъ и способу развитія на сывороткѣ совершенно тождественна съ настоящей дифтеритной палочкой, отъ которой отличается только своей неядовитостью (т.-е. что прививка чистыхъ культуръ ея морскимъ свинкамъ не заражаетъ ихъ). По этому поводу Roux и Yersin замѣчаютъ, что какъ при недифтеритныхъ жабахъ, такъ и у здоровыхъ людей палочекъ всегда бываетъ мало: на сывороткѣ

получаются 1—4 колоніи или изъ нѣсколькихъ трубочекъ только въ одной. На этомъ основаніи они и утверждаютъ, что распознаваніе дифтерита посредствомъ посѣвовъ нисколько не страдаетъ отъ существованія ложной дифтеритной палочки, ибо въ случаяхъ дифтерита получается много характерныхъ колоній. Къ этому могу прибавить, что въ десяткахъ случаевъ катарральныхъ и скарлатинозныхъ жабъ, которыя намъ приходилось изслѣдовать, мы ни разу не встрѣтили ложно дифтеритической палочки или, говоря точнѣе, помѣщая въ дифтеритный баракъ всѣхъ больныхъ, какъ бы мало палочекъ ни было, мы ни разу не видали зараженія ихъ дифтеритомъ въ самомъ баракѣ.

Скарлатинозная жаба. Распространяться о діагностикѣ этой жабы не приходится; достаточно сказать, что скарлатинозный ядъ обладаетъ свойствомъ вызывать воспаленіе зѣва; отъ степени злокачественности яда и отъ почвы, на которой онъ развивается (индивидуальная воспріимчивость), зависитъ характеръ жабы, другими словами: *интенсивность скарлатинозной жабы зависитъ отъ силы самой скарлатины.* Въ легкихъ случаяхъ (умѣренная лихорадка, блѣдно-розовая сыпь, хорошее общее состояніе) встрѣчаемъ простую катарральную жабу; въ случаяхъ средней силы — фолликулярную или лакунарную, въ тяжелыхъ — дифтеритическую во всевозможныхъ степеняхъ развитія, но безъ Löffler'скаго бацилла (Löffler, Раскина, Escherich, Bourges и Wurtz). Всѣ эти различныя формы жабы мы признаемъ за скарлатинозныя, разъ онѣ встрѣчаются рядомъ съ скарлатинозной сыпью на кожѣ. Что касается до бактеріоскопическаго изслѣдованія, то во всѣхъ случаяхъ скарлатины протекавшихъ съ дифтеритическимъ экссудатомъ, въ зѣвѣ мы обязательно встрѣчали цѣпотчатаго кокка. Рисунокъ № 3 представляетъ точную копію съ одного изъ препаратовъ нашей клиники. Одинъ разъ, правда, мы встрѣтились при скарлатинѣ съ Loffler'скимъ бацилломъ, но эта больная происходила изъ семьи, въ которой, въ данное время господствовали три контагія: скарлатины, дифтеріи и варицелли, такъ что изъ 4-хъ дѣтей этой семьи у одного была дифтерія, у одного скарлатина и варицелла, у одного скарлатина съ дифтеріей, а у послѣдняго и то и другое и третье.

Язвенная жаба. Подъ этимъ названіемъ я понимаю язвенное разрушеніе слизистой оболочки миндалинъ, въ основѣ котораго лежитъ тотъ же самый процессъ, что и при язвенномъ вонючемъ воспаленіи рта — stomacace. Въ обоихъ случаяхъ слизистая оболочка сильно набухаетъ, получаетъ синеватый оттѣнокъ и при

прикосновенiи легко кровоточитъ; въ скоромъ времени пораженная слизистая оболочка подвергается поверхностному омертвѣнiю и распаденiю, отчего образуется язва, покрытая довольно толстымъ, мягкимъ, желтовато-грязнымъ слоемъ распада, издающаго вонючiй запахъ. Этотъ грязный налетъ на миндалинахъ и вонь изо рта, при небольшомъ лихорадочномъ состоянiи и припухлости подчелюстныхъ железъ, обусловливаютъ большое сходство данной формы жабы съ дифтеритомъ.

Въ первомъ случаѣ, встрѣтившемся мнѣ на консилiумѣ съ докторомъ Шлоссбергомъ, дiагностика облегчалась тѣмъ, что у дѣвочки было сильно выраженное stomacace, да притомъ рѣзкая набухлость и кровоточивость слизистой оболочки и самый видъ налета, представлявшаго, такъ сказать, особую рыхлость и сочность, говорили противъ дифтерита. Такъ какъ въ то время ни я, ни онъ не слыхали про существованiе подобной жабы, то дiагностика наша была высказана только въ видѣ предположенiя и подтвердилась успѣшнымъ дѣйствiемъ бертолетовой соли. Второй случай язвенной жабы встрѣтился намъ въ клиникѣ у дѣвочки 12 лѣтъ, поступившей на 3-й день болѣзни, начавшейся сильнымъ жаромъ и болью при глотанiи. Въ день поступленiя въ клинику были констатированы слѣдующiя явленiя: сильная вонь изо рта очень характерная для stomacace, хотя десны не поражены; обѣ миндалины, особенно лѣвая, до такой степени увеличены, что uvula оказался сдавленнымъ ими, заднюю стѣнку глотки видѣть нельзя; обѣ миндалины, а отчасти и нёбная занавѣска были покрыты сѣровато-желтымъ, весьма рыхлымъ и толстымъ экссудатомъ; подъ угломъ нижней челюсти значительная опухоль, весьма плотной консистенцiи, вслѣдствiе periadenitis; голосъ съ носовымъ оттѣнкомъ, лихорадочное состоянiе до 39. Въ экссудатѣ при бактерiоскопическомъ изслѣдованiи найдено множество различныхъ кокковъ, но Löffler'скаго бацилла между ними не оказалось.

Хотя десны въ этомъ случаѣ и не были поражены, но мы все-таки считали себя вправѣ исключить дифтеритъ и признать язвенную жабу, и именно на основанiи характерной вони, вида экссудата и плотной опухоли подъ угломъ нижней челюсти (при дифтеритѣ опухоль клѣтчатки бываетъ обыкновенно отечнаго характера). Лѣченiе, состоявшее въ назначенiи бертолетовой соли внутрь и снаружи (то и другое въ 2% растворѣ) вполнѣ подтвердило дiагностику, такъ какъ вонь уже на слѣдующiй день значительно уменьшилась, а вслѣдъ за тѣмъ съ каждымъ днемъ уменьшались

и мѣстныя явленія въ зѣвѣ, и черезъ недѣлю больная выздоровѣла совсѣмъ.

Краткое описаніе этой жабы можно найти во II-мъ т. Traité clin. et prat. d. maladies des enf. Barthez et Sanné, p. 266. По ихъ наблюденіямъ оказывается, что angine ulceromembraneuse, какъ они называютъ ее, не всегда сопровождается stomacace, и въ такомъ случаѣ діагностика будетъ труднѣе; она основывается на видѣ пораженныхъ мѣстъ, на этіологіи (тѣ же причины, что и для stomacace) и на блистательномъ дѣйствіи kali chlor. Особенно характерна для этой болѣзни своеобразная вонь изо рта, какъ при stomacace. Вонь эта совершенно иного характера, чѣмъ вонь при гангренѣ рта или при дифтеритѣ.

Подробно описалъ язвенную жабу проф. Симановскій въ газетѣ „Врачъ“ за 1890 г. № 1—7. Онъ наблюдалъ эту болѣзнь въ видѣ небольшой эпидеміи рядомъ съ случаями язвеннаго пораженія слизистой оболочки рта, и называетъ ее *pharyngitis ulcerosa*. Ему не разъ приходилось видѣть пораженіе и задней стѣнки зѣва и миндалинъ, и притомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ слизистая оболочка рта и десны оставались нормальными. Описываемое язвенное пораженіе зѣва сопровождалось лишь очень слабыми общими явленіями при незначительной лихорадкѣ или вовсе безъ повышенія температуры и держалось 7—10 дней и болѣе; иногда поражалась только одна миндалина. При отсутствіи пораженія десенъ сходство съ дифтеритомъ усиливалось еще тѣмъ, что въ мочѣ появлялся бѣлокъ; впрочемъ изъ 8 случаевъ, приведенныхъ проф. Симановскимъ, изъязвленіе десенъ не отсутствовало ни разу.

Сифилитическая жаба бываетъ двухъ родовъ: кондиломатозная и язвенная. Angina syphilitica condilomatosa s. condilomata faucii, какъ выраженіе наслѣдственнаго сифилиса, встрѣчается преимущественно у маленькихъ дѣтей двухъ — пяти лѣтъ, тогда какъ ang. syphil. ulcerosa s. ulcera syphil. faucii является обыкновенно симптомомъ поздняго періода сифилиса и потому встрѣчается обыкновенно у дѣтей старшаго возраста, лѣтъ послѣ 7-и; любимымъ мѣстомъ кондиломъ бываетъ внутренняя поверхность щеки, начиная отъ угловъ рта, и мягкое нёбо, рѣже поражаются миндалины и языкъ. Кондиломы имѣютъ видъ бѣлыхъ, съ розоватымъ оттѣнкомъ бляшекъ, замѣтно возвышающихся надъ сосѣдней слизистой оболочкой. При прикосновеніи они не кровоточатъ и не болѣзненны; реактивной, воспалительной красноты вокругъ нихъ не замѣтно. Такъ какъ кондиломы происходятъ вслѣдствіе разрастанія сосоч-

ковъ кожи или слизистой оболочки, то ихъ всегда можно узнать по сосочковому строенію, проявляющемуся на ея поверхности въ видѣ очень мелкихъ, точечныхъ, бѣловатыхъ возвышеній, сидящихъ такъ тѣсно, что придаютъ кондиломѣ нѣжный мозаичный видъ. Развитіе кондиломъ идетъ медленно, въ теченіе недѣль, но такъ какъ оно не сопровождается болью, то нерѣдко остается незамѣченной, пока не открывается случайно. Рѣдко случается, чтобъ кондиломы рта и зѣва составляли бы единственное проявленіе сифилиса, обыкновенно одновременно существуютъ кондиломы и на кожѣ и *всего чаще* именно *circa anum,* что значительно облегчаетъ діагностику.

Такъ какъ кондилома всегда выстоитъ надъ поверхностью окружающей слиз. оболочки, то смѣшать ее съ какой-нибудь язвой невозможно, скорѣе ужъ похожа она на дифтеритическую бляшку, за каковую и принимается иногда, если занимаетъ только мягкое нёбо и миндалины, при отсутствіи анамнеза и другихъ объективныхъ симптомовъ сифилиса. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ обратить вниманіе на цвѣтъ бляшки (кондилома — бѣловато-розоватаго, дифтеритическая бляшка — желтовато-сѣраго) и на сосочковое строеніе ея.

Ang. syphil. ulcerosa характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ язвъ различной величины и формы, обыкновенно съ рѣзкообрѣзанными краями и съ грязно-желтымъ дномъ. Они занимаютъ или мягкое нёбо, при чемъ нерѣдко ведутъ къ прободенію его, или миндалины и заднюю стѣнку; нерѣдко рядомъ съ язвами замѣчаются старые рубцы отъ прежде бывшихъ язвъ. Теченіе болѣзни очень длительное, субъективныхъ жалобъ бываетъ мало. Язвы зѣва происходятъ обыкновенно изъ распавшихся гуммъ, онѣ соотвѣтствуютъ слѣдовательно позднему періоду сифилиса, а потому изъ сопутствующихъ симптомовъ всего чаще встрѣчаются въ подобныхъ случаяхъ пораженія костей; больные жалуются обыкновенно на боли въ голеняхъ (боли усиливаются по ночамъ), при изслѣдованіи которыхъ не трудно замѣтить болѣзненные періоститы, на передней поверхности кости.

Туберкулезный и *люпозный* язвенные процессы, съ которыми, по ихъ хроническому теченію, могъ бы быть смѣшанъ сифилисъ глотки, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются въ высшей степени рѣдко; изъ этихъ двухъ хроническихъ язвенныхъ процессовъ для дѣтскаго возраста сравнительно больше значенія имѣетъ lupus. Картина разрушенія при немъ весьма напоминаетъ сифилисъ. Діагно-

стика основывается на: 1) сопутствующихъ явленіяхъ (lupus носа), 2) на анамнезѣ (нѣтъ указаній на сифилисъ) и 3) на результатахъ лѣченія іодомъ (lupus не поддается ему, между тѣмъ какъ сифилитическія язвы подживаютъ быстро.

Семіотика затрудненнаго глотанія — dysphagia.

Если мать обращается къ доктору съ жалобой на то, что ребенокъ ея не можетъ глотать пищу, то это еще не значитъ, что существуетъ какое-нибудь препятствіе для прохода пищи изо рта въ желудокъ; иногда ребенокъ выбрасываетъ пищу изо рта, даже и не сдѣлавъ попытки проглотить ее, что случается именно въ нѣкоторыхъ случаяхъ распространеннаго афтознаго стоматита; многочисленныя язвочки, занимающія языкъ и другія части рта, могутъ причинять ребенку такую боль при жеваніи, что онъ или совсѣмъ отказывается отъ твердой пищи, или беретъ ее въ ротъ, но скоро выкидываетъ; онъ не переноситъ также ничего горячаго, соленаго и сладкаго, но удобно глотаетъ прохладное молоко, и въ этомъ состоитъ особенность этой формы *ложной дисфагіи,* истинная причина которой легко выясняется осмотромъ рта.

Въ другихъ случаяхъ невозможность глотанія дѣйствительно существуетъ и зависитъ она или отъ болѣзней зѣва и глотки или отъ суженія пищевода; къ первой категоріи относятся почти всѣ острые и подострые случаи дисфагіи, ко второй — хроническіе.

Замѣчательно, что различныя формы катарральныхъ и фолликулярныхъ ангинъ у дѣтей протекаютъ въ этомъ отношеніи совсѣмъ незамѣтно и потому часто просматриваются. То же самое можно сказать про многіе случаи дифтерита и скарлатинозныхъ жабъ. Напротивъ, затрудненное глотаніе встрѣчается при флегмонозныхъ жабахъ, кончающихся образованіемъ нарыва въ той или другой миндалевидной железѣ, а также при заднеглоточныхъ абсцессахъ и въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеритныхъ и скарлатинныхъ жабъ. Діагностика всѣхъ этихъ процессовъ не трудна при помощи простого осмотра или ощупыванія пальцемъ, въ случаѣ нарыва.

Затрудненное глотаніе, сопровождающееся поперхиваніемъ отъ попаданія пищи или питья въ гортань и выбрасываніемъ проглатываемой жидкости черезъ носъ — зависитъ отъ *паралича нёбной занавѣски,* какъ послѣдствія недавно перенесеннаго дифтерита. При осмотрѣ зѣва слизистая оболочка оказывается нормальной, но нёбная занавѣска остается неподвижной, какъ при глубокомъ вздохѣ

и фонаціи, такъ и при дотрогиваніи до нея кисточкой. У грудныхъ дѣтей выливаніе молока черезъ носъ можетъ встрѣтиться и безъ паралича нёбной занавѣски, именно при раздвоеніи твердаго и мягкаго нёба.

Изъ острыхъ болѣзней пищевода, ведущихъ къ невозможности глотанія, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются: *oesophagitis corrosiva* (узнается изъ анамнеза и по присутствію ожоговъ рта и зѣва), *soor пищевода,* исключительно свойственный дѣтямъ первыхъ дней и недѣль жизни при запущенной молочницѣ, и *спазмъ пищевода* у дѣтей болѣе взрослыхъ. Правда, въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ мы не нашли указаній на то, что, помимо бѣшенства, суженіе пищевода вслѣдствіе спазма его мышцъ можетъ быть причиной полной невозможности глотанія; но, тѣмъ не менѣе, причина эта все-таки иногда встрѣчается, какъ напр., было это въ случаѣ, демонстрированномъ мною студентамъ въ ноябрѣ 1889 года.

Дѣвочка 7-ми лѣтъ, прежде всегда здоровая, но худощавая и блѣдненькая, была приведена въ амбулаторію по случаю того, что ничего не можетъ проглотить. Болѣзнь началась дней 10 тому назадъ съ того, что иногда комки твердой пищи останавливались въ пищеводѣ и вскорѣ выходили обратно въ ротъ; въ послѣдніе дни даже и жидкость проходила съ трудомъ, производя особаго рода урчаніе; временами непроходимость была настолько велика, что дѣвочка не могла проглотить даже и чайной ложечки молока. При изслѣдованіи зондомъ, препятствія въ пищеводѣ не было найдено, такъ какъ инструментъ, снабженный губкой величиной въ лѣсной орѣхъ, прошелъ совершенно свободно и больная могла выпить послѣ зондированія нѣсколько глотковъ воды. Больной назначенъ былъ бромистый натръ. Она пришла еще разъ черезъ недѣлю и оказалось, что съ тѣхъ поръ затрудненнаго глотанія болѣе не замѣчалось. Въ пользу спастическаго суженія говорило въ данномъ случаѣ быстрое развитіе и внезапное исчезаніе непроходимости пищевода и временный характеръ его.

Невозможность глотанія вслѣдствіе непроходимости или суженія пищевода характеризуется тѣмъ, что пища или питье хотя и проглатываются больнымъ, т.-е. скрываются въ пищеводѣ, но не доходятъ до желудка и тотчасъ же выходятъ обратно въ неизмѣненномъ видѣ; при помощи зонда можно опредѣлить не только мѣсто суженія, но и степень его. Самой частой причиной суженій пищевода у дѣтей бываетъ ожогъ его при нечаянныхъ отравленіяхъ ѣдкими веществами, особенно сѣрной кислотой, которая употреб-

ляется обыкновенно при вставленіи зимнихъ рамъ, и ѣдкимъ щелокомъ, примѣняющимся въ дѣлѣ мытья бѣлья. Причина болѣзни выясняется изъ анамнеза; суженіе появляется въ періодѣ рубцеванія изъязвленной слизистой оболочки и постепенно прогрессируетъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Очень рѣдко рубцовыя суженія развиваются у дѣтей отъ другихъ причинъ, каковы напр.: сифилитическія язвы, раны отъ проглатыванія инородныхъ тѣлъ, оспенныя пустулы. Сравнительно чаще, но все-таки тоже рѣдко, стенозъ пищевода у дѣтей происходитъ отъ сдавленія его опухолями передняго или задняго средостѣнія, напр. творожисто-перерожденными железами, натечнымъ нарывомъ при костоѣдѣ позвонковъ и пр.

Въ другихъ случаяхъ суженіе пищевода бываетъ врожденнымъ порокомъ развитія. Въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ или объ образованіяхъ дивертикула, или объ ограниченномъ суженіи пищевода. Въ первомъ случаѣ зондъ иногда проходитъ свободно въ желудокъ, а иногда вдругъ упирается въ слѣпой мѣшокъ и не идетъ дальше. Комки пищи, попадая въ дивертикулъ, могутъ оставаться въ немъ довольно долго и потомъ извергаются наружу въ загнившемъ видѣ.

При врожденной узкости пищевода зондъ не всегда открываетъ суженіе въ опредѣленномъ мѣстѣ (оно постепенно переходитъ въ нормальное); но родители замѣчаютъ, что ребенокъ очень часто давится, какъ только начинаетъ ѣсть; имъ кажется, будто онъ глотаетъ пищу недостаточно разжеванной. При полной врожденной непроходимости пищевода новорожденныя дѣти очень скоро (въ 3—4 дня) умираютъ съ голода, постоянно выбрасывая молоко, которое глотаютъ, повидимому съ жадностью.

Семіотика рвоты.

Рвота является у дѣтей значительно чаще, чѣмъ у взрослыхъ, и наступаетъ тѣмъ легче, чѣмъ моложе ребенокъ. Въ первые мѣсяцы жизни она нерѣдко является у вполнѣ здоровыхъ дѣтей вслѣдствіе перекармливанія и носитъ названіе *привычной рвоты* или *срыгиванія*. Отъ настоящей рвоты срыгиваніе отличается внезапнымъ своимъ появленіемъ у ребенка, совершенно здороваго и веселаго, безъ всякихъ предвѣстниковъ, которые указывали бы на тошноту, безъ искаженія чертъ лица и безъ всякаго усилія, т.-е. безъ замѣтнаго участія брюшного пресса. Срыгнувши, ребенокъ остается

такимъ же веселымъ какимъ былъ; особенно легко появляется срыгиваніе у ребенка, только что пососавшаго, если его неосторожно берутъ на руки (сдавливаютъ животикъ) или качаютъ. Напротивъ того, настоящей рвотѣ предшествуетъ обыкновенно тошнота, проявляющаяся у гродного поблѣднѣніемъ лица и общимъ безпокойствомъ, малымъ, частымъ пульсомъ, похолоданіемъ конечностей; сама рвота совершается при участіи брюшного пресса, почему содержимое желудка вылетаетъ съ большой силой, и больной издаетъ въ концѣ акта рвоты особый звукъ, производящій впечатлѣніе, будто больной давится. Свойство молока, извергаемаго при срыгиваніи, не имѣетъ особаго значенія для отличія его отъ рвоты, такъ какъ и въ томъ и въ другомъ случаѣ оно можетъ быть то совсѣмъ свѣжимъ, то свернувшимся, что зависитъ отъ времени, протекшаго со времени кормленія: если срыгиваніе совершается тотчасъ послѣ кормленія, то извергаемое молоко оказывается жидкимъ, если спустя нѣкоторое время, напримѣръ, минутъ черезъ 20, то свернувшимся. Въ томъ случаѣ однако, если молоко извергается несвернувшимся, несмотря на достаточный промежутокъ времени послѣ сосанія, то это указываетъ на недостатокъ кислоты (или laab-фермента) въ желудочномъ сокѣ, и такая рвота ужъ не можетъ считаться за простое срыгиваніе, а должна быть принята за явленіе патологическое; то же самое надо сказать и по поводу значительной примѣси слизи къ извергнутому молоку или если содержимое рвоты совсѣмъ свободно отъ молока, а состоитъ изъ небольшого количества жидкости съ примѣсью желчи (рвота при пустомъ желудкѣ не м. б. срыгиваніемъ). Совершенно особое значеніе получаетъ рвота въ томъ случаѣ, если въ содержимомъ желудка оказывается значительная примѣсь крови.

Кровавая рвота у дѣтей встрѣчается очень рѣдко, такъ какъ обычныя причины для такой рвоты, именно круглая язва желудка или ракъ его и хроническія болѣзни печени, дѣтскому возрасту не свойственны. Правда, въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ язвъ желудка и 12-перстной кишки, но почти всѣ они относятся къ дѣтямъ первыхъ недѣль жизни. Подъ вліяніемъ этой причины у новорожденныхъ дѣйствительно появляется иногда кровавая рвота и кровь въ испражненіяхъ, при чемъ потеря крови большею частью бываетъ настолько обильна, что больные умираютъ въ нѣсколько дней при явленіяхъ остраго малокровія. Болѣзнь эта описывается въ руководствахъ подъ именемъ *melaena neonatorum;* случаи выздоровленія отъ этой болѣзни рѣдки.

Гораздо чаще, чѣмъ язвы желудка, причиной кишечныхъ и желудочныхъ кровотеченій у новорожденныхъ является общее разстройство питанія, выражающееся при жизни упадкомъ силъ и наклонностью къ кровотеченіямъ изъ слизистыхъ оболочекъ вообще и въ кожу, а въ трупѣ — кровоизліяніями въ серозныя полости и въ паренхиматозные органы. Сущность болѣзни, названной Grandidier *временной кровоточивостью* новорожденныхъ, до сихъ поръ еще съ точностью не опредѣлена. Сюда относятся случаи септицеміи и т. н. остраго жирового перерожденія новорожденныхъ Buhl'я и нѣкоторые случаи врожденнаго сифилиса, *syphilis haemorrhagica neonatorum*. Кровавая рвота, какъ симптомъ временной гемофиліи, отличается отъ melaena neonat. тѣмъ, что въ первомъ случаѣ кровотеченія появляются не только изъ желудочно-кишечнаго канала, но и изъ *различныхъ* органовъ, и одного этого обстоятельства достаточно для діагностики временной гемофиліи. По частотѣ появленія, кровотеченія стоятъ приблизительно въ такомъ порядкѣ: пупочныя, желудочно-кишечныя, изъ половыхъ органовъ, изо рта и носа, изъ соедин. обол. глазъ, изъ ушей, изъ кожи, почекъ. Кровь никогда не бьетъ струей (артеріальныя пупочныя кровотеченія сюда не относятся, а составляютъ мѣстную болѣзнь), а сочится по каплямъ изъ неповрежденной слизистой оболочки. Кровотеченія всего чаще являются отъ 5 до 12 дня жизни и довольно быстро (3—5 дней) ведутъ къ смертельному исходу; выздоровленіе возможно, но оно случается рѣдко.

У дѣтей болѣе взрослыхъ, кровавая рвота обыкновенно является тоже симптомомъ временной кровоточивости, но только значеніе этого состоянія совсѣмъ иное, чѣмъ у новорожденныхъ, а именно: желудочныя кровотеченія встрѣчаются у дѣтей старшаго возраста всего чаще при *геморрагической пурпурѣ s. morbus maculosus Werlhofii* (см. пурпуру) и рѣже въ продромальномъ періодѣ геморрагической оспы (см. тамъ же). При діагностикѣ кровавой рвоты слѣдуетъ имѣть въ виду, что, кромѣ настоящей кровавой рвоты, встрѣчается еще и *ложная кровавая рвота*. Эта послѣдняя есть не что иное, какъ рвота проглоченной кровью, тогда какъ при настоящей кровавой рвотѣ кровотеченіе имѣетъ мѣсто изъ слизистой оболочки самаго желудка.

Ложная кровавая рвота у грудныхъ дѣтей является при трещинахъ сосковъ у кормящей, когда ребенокъ вмѣстѣ съ молокомъ высасываетъ и кровь (очень рѣдкая причина!), или при кровотеченіи изъ слизистой оболочки рта, напр. послѣ подрѣзыванія уздечки

языка или операціи заячьей губы; по Rilliet и Bartez, отъ проглатыванія крови во время акта родовъ и проч. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ діагностика ложной кровавой рвоты основывается: во 1-хъ, на открытіи источника кровотеченія; во 2-хъ, на незначительномъ количествѣ крови въ испражненіяхъ и, въ 3-хъ, на состояніи общаго питанія, которое при незначительной потерѣ крови почти вовсе не страдаетъ, между тѣмъ какъ при настоящей кровавой рвотѣ ребенокъ всегда очень слабъ и блѣденъ.

У дѣтей постарше самой частой причиной ложной кровавой рвоты бываетъ носовое кровотеченіе, особенно когда оно совершается при положеніи больного на спинѣ. Такъ какъ при носовыхъ кровотеченіяхъ часть крови всегда выходитъ наружу, то ужъ по этому одному симптому можно легко поставить діагностику. Къ ложной кровавой рвотѣ относятся также случаи рвоты, когда кровь примѣшивается къ извергнутымъ массамъ въ видѣ полосокъ или небольшихъ капель, происходящихъ обыкновенно изъ зѣва вслѣдствіе застоя крови во время акта рвоты. Подобная примѣсь крови указываетъ слѣдовательно только на то, что рвота сопровождалась большимъ напряженіемъ брюшного пресса. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровавую рвоту симулируютъ вещества, не имѣющія съ кровью ничего общаго, кромѣ цвѣта, напр. красное вино, выпитое больнымъ незадолго до рвоты, лѣкарство, содержащее кошениль и т. п. На всѣ эти возможности слѣдуетъ обращать вниманіе въ анамнезѣ, прежде чѣмъ діагносцировать настоящую кровавую рвоту. Въ случаѣ сомнѣнія прибѣгаютъ къ микроскопическому изслѣдованію на кровяные шарики, а если послѣдніе оказываются на столько измѣненными подъ вліяніемъ желудочнаго сока, что и микроскопъ не рѣшаетъ дѣла, то остается произвести химическое изслѣдованіе посредствомъ извѣстной Heller'ской пробы, рекомендуемой при гематуріи и основанной на томъ, что при подогрѣваніи щелочной жидкости, содержащей кровь и фосфаты, послѣдніе, осаждаясь, увлекаютъ съ собой кровяной пигментъ и окрашиваются при этомъ въ кровяно-красный цвѣтъ. Въ данномъ случаѣ поступаютъ такимъ образомъ: содержимое рвоты смѣшиваютъ съ слабымъ растворомъ ѣдкаго натра, фильтруютъ и, смѣшавши съ равнымъ количествомъ мочи (т.-е. съ жидкостью, содержащей фосфаты), подогрѣваютъ. Что касается до сходства кровавой рвоты съ кровохарканіемъ, то это обстоятельство не имѣетъ большого значенія въ дѣтскомъ возрастѣ, и именно въ виду того, что легочное кровотеченіе у дѣтей почти никогда не встрѣчается. Замѣтимъ впро-

чемъ, что кровь, побывавшая въ желудкѣ, отличается отъ легочной крови болѣе темнымъ цвѣтомъ и кислой реакціей.

Болѣзни, при которыхъ является **обыкновенная рвота,** могутъ быть раздѣлены на двѣ группы, смотря по тому, начинаются ли онѣ сильной лихорадкой или протекаютъ при нормальной или почти нормальной температурѣ. Діагностическое значеніе *рвоты при остро-лихорадочныхъ болѣзняхъ* будетъ различно, смотря по возрасту больного. У маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 2 —3, однократная рвота при быстромъ и значительномъ повышеніи температуры не имѣетъ особаго значенія для діагностики, такъ какъ въ этомъ возрастѣ рвота нерѣдко появляется въ любой изъ лихорадочныхъ болѣзней, отъ какой бы причины ни повысилась температура градусовъ до 39,5—40. Другое дѣло, рвота у дѣтей болѣе взрослыхъ, у которыхъ она появляется только въ началѣ немногихъ болѣзней къ числу которыхъ изъ сыпныхъ процессовъ принадлежатъ: скарлатина, оспа и рожа, а изъ болѣзней мѣстныхъ — воспаленіе брюшины. Объ этихъ-то болѣзняхъ и слѣдуетъ прежде всего подумать, когда имѣешь дѣло съ ребенкомъ старше 3-хъ лѣтъ отъ роду, заболѣвшимъ сильнымъ жаромъ и рвотой. Въ началѣ другихъ лихорадочныхъ болѣзней рвота встрѣчается почти исключительно только при нецѣлесообразной діэтѣ, а потому для діагностики вышеприведенныхъ болѣзней рвота можетъ имѣть особое значеніе лишь въ томъ случаѣ, если она является при *пустомъ* желудкѣ, т.-е. если больного рветъ слизистой жидкостью съ примѣсью желчи и если притомъ можно исключить вліяніе различныхъ медикаментовъ, изъ числа которыхъ большую роль въ произведеніи рвоты играютъ между прочимъ новѣйшія antipyretica, каковы напр. антипиринъ, салициловые препараты и др. Въ интересахъ діагностики и въ виду безполезности всѣхъ этихъ жаропонижающихъ средствъ въ смыслѣ вліянія ихъ на самый болѣзненный процессъ (въ кратковременномъ пониженіи температуры польза не велика) нельзя не пожелать, чтобъ врачи не слишкомъ спѣшили съ назначеніемъ лѣкарствъ.

Рвота безъ лихорадочнаго состоянія или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры встрѣчается также при разнообразнѣйшихъ болѣзняхъ. Для правильной оцѣнки рвоты прежде всего слѣдуетъ справиться о томъ, появляется ли она послѣ кашля, или безъ него.

Рвота послѣ кашля всего чаще встрѣчается 1) при *коклюшѣ*, но не исключительно при немъ, а также 2) при *сухомъ фарингитѣ,* когда слизистая оболочка находится въ состояніи такой

гиперестезія, что уже нѣсколькихъ кашлевыхъ толчковъ достаточно для вызыванія рвоты рефлекторнымъ путемъ съ зѣва; 3) при хронической гиперплязіи и *творожистомъ перерожденіи бронхіальныхъ железъ,* 4) при простудномъ *бронхитѣ,* если онъ развивается у ребенка, только что перенесшаго коклюшъ, наконецъ, при удушливомъ кашлѣ, встрѣчающемся иногда 5) при *бронхоэктазіяхъ* съ обильной, но трудно удаляемой, мокротой и 6) при *гнойномъ плевритѣ,* вскрывшемся чрезъ бронхи.

Вообще говоря, діагностика этихъ случаевъ не трудна. Два послѣднихъ процесса опредѣляются путемъ физикальнаго изслѣдованія (см. соотвѣтствующія главы), а остальные, хотя и могутъ протекать при отрицательныхъ данныхъ въ смыслѣ перкуссіи и аускультаціи, но отличаются между собой теченіемъ и самымъ характеромъ кашля (см. о коклюшѣ). Рвота, наступающая въ концѣ пароксизма кашля, имѣетъ особенно важное значеніе для діагностики коклюша у грудныхъ дѣтей, у которыхъ онъ протекаетъ нерѣдко безъ характернаго свиста, но со рвотой, а между тѣмъ другого рода кашель, который могъ бы вызвать рвоту, въ этомъ возрастѣ почти никогда не встрѣчается.

Безлихорадочная рвота, не зависящая отъ кашля, происходитъ или отъ раздраженія слизистой оболочки желудка, или рефлекторно при страданіи другихъ органовъ. **Желудочная рвота,** зависящая отъ введенія въ желудокъ раздражающихъ его веществъ, будетъ ли то неудобоваримая пища, или просто рвотныя средства, характеризуется тѣмъ, что она не сопровождается никакими другими симптомами и не ведетъ ни къ какимъ послѣдствіямъ; послѣ такой рвоты ребенокъ остается совершенно здоровымъ и даже не теряетъ аппетита. Въ другихъ случаяхъ желудочная рвота является лишь однимъ изъ симптомовъ страданія желудка, каковы диспепсія или катарръ.

Рефлекторная рвота всего чаще вызывается раздраженіемъ кишокъ, или брюшины, или мозга. Рвотой можетъ сопровождаться всякая *сильная боль живота,* будетъ ли она нервнаго происхожденія (колика), или воспалительнаго; далѣе всякій упорный *запоръ,* особенно вслѣдствіе непроходимости кишокъ, когда неукротимая рвота получаетъ наконецъ характеръ каловой рвоты (если не по виду, то, по крайней мѣрѣ, по запаху); рвота вызывается иногда кишечными глистами. Послѣднюю причину можно подозрѣвать въ томъ случаѣ, если больной жалуется на тошноту преимущественно натощакъ, а пріемъ пищи не только не вызываетъ рвоты,

а даже предотвращаетъ ее, уничтожая тошноту. Діагностика глистъ получаетъ полную достовѣрность въ томъ случаѣ, если микроскопическое изслѣдованіе испражненій открываетъ въ нихъ присутствіе яичекъ, по характеру которыхъ можно съ точностью опредѣлить видъ паразита. Кромѣ этого средства выяснить діагностику глистъ есть еще только одинъ симптомъ для безошибочнаго распознаванія, именно выходъ глистъ или ихъ члениковъ съ испражненіями.

Мозговая рвота сопровождаетъ какъ острыя, такъ и хроническія болѣзни головного мозга и его оболочекъ. Многіе авторы придаютъ особенное значеніе характеру рвоты; желудочная рвота, говорятъ они, отличается отъ мозговой тѣмъ, что первой предшествуетъ тошнота, наступающая вскорѣ послѣ принятія пищи, тогда какъ мозговая рвота является безъ тошноты, вдругъ, какъ будто больной выбрасываетъ содержимое рта, а не желудка; далѣе, мозговой рвотѣ приписывается еще и та особенность, что она часто является натощакъ и, притомъ, главнымъ образомъ, при переходѣ больного изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное. Приведенными признаками слѣдуетъ, конечно, руководствоваться при діагностикѣ мозговой рвоты, но придавать имъ *рѣшающее* значеніе никоимъ образомъ нельзя, такъ какъ здѣсь встрѣчаются нерѣдкія исключенія въ обоихъ направленіяхъ, т.-е., съ одной стороны, не всегда легко замѣтить тошноту и при желудочной рвотѣ, которая, подобно мозговой, тоже является иногда при переходѣ въ вертикальное положеніе, а съ другой стороны, не можетъ подлежать сомнѣнію, что и мозговая рвота весьма часто является послѣ пищи или питья и въ особенности послѣ пріема лѣкарства. Большое значеніе для діагностики мозговой рвоты имѣетъ *упорство рвоты,* не уступающей въ теченіе нѣсколькихъ дней ни діэтѣ, ни лѣкарствамъ, и еще то обстоятельство, что послѣ желудочной рвоты больной чувствуетъ нѣкоторое (иногда значительное) облегченіе, тогда какъ послѣ мозговой онъ еще больше ослабѣваетъ. Далѣе въ пользу мозговой рвоты говорятъ: чистый языкъ, нормальный стулъ (или запоръ), отсутствіе дурного запаха изо рта, болѣзненности при давленіи подъ ложечкой и метеоризма, *сильная* головная боль (которая впрочемъ бываетъ таковой далеко не во всѣхъ случаяхъ начинающагося туберкулезнаго менингита), сонливость и неправильный, замедленный пульсъ. Вообще говоря, ни одинъ изъ перечисленныхъ признаковъ не можетъ считаться обсолютно вѣрнымъ и каждый изъ нихъ, взятый въ отдѣльности, можетъ отсут-

ствовать, а потому всего важнѣе для діагностики общій комплексъ симптомовъ, представляемый больнымъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рвотѣ обязательно предшествуетъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ сильная головная боль, общая или односторонняя, но послѣ рвоты больной засыпаетъ покойнымъ сномъ и просыпается совершенно здоровымъ. Подобные приступы повторяются то въ недѣлю разъ, то гораздо рѣже, напр. разъ въ мѣсяцъ или раза два — три въ годъ и зависятъ отъ *мигрени,* чаще встрѣчающейся у дѣтей около 7—10 лѣтъ, но не щадящей и дѣтей первыхъ лѣтъ жизни. Дѣтская мигрень сопровождается обыкновенно поблѣднѣніемъ лица, иногда нѣсколько замедленнымъ пульсомъ и даже легкимъ повышеніемъ температуры, такъ что, не зная анамнеза (а также въ случаѣ перваго приступа мигрени), врачъ можетъ предположить начало острой головной водянки; но дѣло выясняется конечно очень скоро, такъ какъ послѣ сна ребенокъ оказывается совсѣмъ здоровымъ. Сходство съ мозговой рвотой бываетъ еще больше въ томъ случаѣ, если во время мигрени случается повторная рвота, а сонъ наступаетъ не скоро.

Образчикомъ *рвоты отъ* **отравленія крови** можетъ служить рвота отъ подкожнаго впрыскиванія апоморфина. Къ этой же категоріи относится *уремическая рвота* при остромъ и хроническомъ воспаленіи почекъ и *рвота отъ хлороформа*, при діагностикѣ которой слѣдуетъ имѣть въ виду, что она отличается иногда чрезвычайной упорностью и можетъ продолжаться въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ послѣ операціи,— не уступая никакимъ средствамъ. (Замѣчу кстати, что при такой рвотѣ слѣдуетъ испытать перемѣну воздуха, напр. перевести больного изъ больницы на частную квартиру; извѣстны случаи, когда эта мѣра оказывала на рвоту магическое дѣйствіе).

Leyden описываетъ *рвоту отъ раздражительной слабости* (Zeitschr. f. klin. Medic. XII. 4 Heft). Эта рвота, по его мнѣнію, есть слѣдствіе гиперестезіи желудка у ослабленныхъ и легко возбудимыхъ субъектовъ, выздоравливающихъ отъ тяжелыхъ болѣзней. По его наблюденіямъ, это одна изъ самыхъ тяжелыхъ формъ рвоты, потому что она нерѣдко достигаетъ чрезвычайно сильной степени и угрожаетъ опасностью жизни. Часто такая рвота сопровождается судорожной икотой. Поводомъ можетъ служить нарушеніе діэты или какое-нибудь лѣкарство (въ случаѣ Leyden'a — антипиринъ). Особенно опасной эту рвоту Leyden считаетъ въ періодѣ выздоровленія отъ цереброспинальнаго менингита, тифа и дифтерита.

При тифѣ между прочимъ L. наблюдалъ наступленіе сильной рвоты во время лѣченія ваннами, съ отмѣной которыхъ прекращалась и рвота.

Рвота, какъ выраженіе невроза (гиперестезіи) желудка, встрѣчается иногда и помимо лихорадочныхъ болѣзней, просто вслѣдствіе общей нервозности и хлороза, какъ было это, напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Дѣвочка 11 лѣтъ, прежде всегда здоровая, поступила въ больницу по поводу ежедневной рвоты, продолжавшейся безъ перерыва въ теченіе двухъ послѣднихъ мѣсяцевъ; рвоты никогда не бываетъ у нея натощакъ, а всегда послѣ пищи, жидкой или твердой, все равно; до рвоты больная въ теченіе цѣлаго мѣсяца страдала икотой. За послѣдніе два мѣсяца больная, по словамъ родителей, испражнялись не болѣе 4 разъ. При поступленіи въ больницу больная была отнюдь не истощена, но только нѣсколько блѣдна и слаба; теперь она можетъ пройти пѣшкомъ съ версту, но до начала болѣзни она была значительно полнѣе и сильнѣе. *Языкъ чистъ,* аппетитъ не дуренъ, жажда нормальна, *подложечка не вздута* и *неболѣзненна* при давленіи, животъ замѣтно вздутъ, но неболѣзненъ ни самъ по себѣ, ни при давленіи, никакой опухоли въ немъ не прощупывается, на низъ не было будто бы дней 10, лихорадки и кашля нѣтъ, сонъ хорошъ, глистъ не было; t⁰— 37; пульсъ — 83, правильный, моча безъ бѣлка. На первый день пребыванія въ больницѣ вырвало два раза — утромъ послѣ нѣсколькихъ ложекъ супа и вечеромъ послѣ чая; самый актъ рвоты совершается чрезвычайно легко, безъ всякаго напряженія. Послѣ ужина (нѣсколько ложекъ кашицы) рвоты не было. 2-й день — опять двукратная рвота; 3-й день — рвоты не было, прослабило очень густо само собой. Потомъ до 10-го дня было еще одно испражненіе; рвота повторялась не ежедневно. Назначено tr. chin. comp. ℥β liq. arsen. Fowl. gtt xx DS. Передъ обѣдомъ и ужиномъ по 25 капель. Черезъ день послѣ этого рвота и запоръ исчезли и не возвращались даже и тогда, когда черезъ недѣлю мышьякъ былъ отмѣненъ; еще черезъ недѣлю выписана изъ больницы здоровой. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ, больная опять поступила къ намъ по поводу рвоты и на этотъ разъ мышьякъ ужъ не помогъ. Больная скоро была взята родителями и дальнѣйшая ея судьба намъ не извѣстна.

Вопросъ о томъ, не имѣли ли мы въ данномъ случаѣ дѣло *со рвотой отъ симуляціи,* остался невыясненнымъ. Легкость, съ которой наступала рвота послѣ самыхъ небольшихъ количествъ пищи, позволяла предполагать, что больная выкидывала пищу, не проглотивъ ее.

Рвоту отъ гиперестезіи желудка (vomitus nervosus) Henoch наблюдалъ преимущественно у нервозныхъ дѣтей, въ особенности по утрамъ послѣ торопливой ѣды; въ двухъ случаяхъ (мальчикъ 7 и дѣвочка 8 л.) рвота являлась и днемъ, но не иначе, какъ послѣ какого-нибудь нервнаго возбужденія. Такая рвота съ перерывами въ нѣсколько дней продолжалась цѣлые мѣсяцы безъ дальнѣйшихъ послѣдствій и потомъ окончательно прекращалась или самопроизвольно, или подъ вліяніемъ укрѣпляющаго лѣченія.

Отъ рвоты слѣдуетъ отличать выбрасываніе пищи или питья, не дошедшихъ до желудка, что наблюдается, во 1-хъ, при суженіяхъ пищевода и, во 2-хъ, при параличѣ нёбной занавѣски.

Суженіе пищевода въ дѣтскомъ возрастѣ развиваются почти исключительно только послѣ ожоговъ горячей водой или ѣдкими веществами, напр. сѣрной кислотой, которая такъ часто употребляется для предохраненія оконныхъ стеколъ отъ замерзанія.

Діагностика не трудна; невозможность проглатыванія твердой пищи или большихъ количествъ жидкости при анамнестическихъ данныхъ вполнѣ достаточны для правильнаго распознаванія; мѣсто и степень суженія опредѣляются желудочнымъ зондомъ.

Параличъ мягкаго нёба развивается послѣ дифтерита (анамнезъ) и выражается тѣмъ, что при глотаніи пищи или питья больной вдругъ поперхивается и выбрасываетъ пищу черезъ ротъ и носъ; голосъ больного получаетъ носовой оттѣнокъ; при осмотрѣ зѣва легко замѣтить неподвижность нёбной занавѣски при фонаціи и при раздраженіи ея щекотаніемъ кончикомъ зонда.

Болѣзни желудка и кишокъ.

Острыя заболѣванія желудка и кишокъ у грудныхъ дѣтей.

Острое разстройство пищеваренія у грудныхъ дѣтей встрѣчается въ трехъ главныхъ формахъ, извѣстныхъ подъ именемъ диспепсіи, катарра тонкихъ кишокъ и фолликулярнаго энтерита или катарра толстыхъ кишокъ.

Первая форма — dyspepsia — обусловливается раздраженіемъ слизистой оболочки желудка и кишокъ продуктами броженія невполнѣ переваренной пищи; разстройство пищеваренія не зависитъ здѣсь отъ какихъ-либо грубыхъ анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки, а просто отъ недостаточной дѣятельности желудочнаго сока; впрочемъ, провести рѣзкую границу между диспепсіей и катарромъ желудка нельзя.

Вторая форма имѣетъ своимъ анатомическимъ субстратомъ катарръ слизистой оболочки тонкихъ кишокъ, а въ основаніи 3-й формы лежитъ воспаленіе слизистой оболочки толстыхъ кишокъ, съ преимущественнымъ пораженіемъ фолликулъ.

Дифференціальная діагностика всѣхъ этихъ болѣзней основывается, во-первыхъ, и главнымъ образомъ, на характерѣ испражненій и,

во-вторыхъ, на сопутствующихъ явленіяхъ. При оцѣнкѣ дѣтскаго стула необходимо обращать вниманіе на *число* испражненій въ теченіе сутокъ, на ихъ *консистенцію, цвѣтъ, запахъ* и постороннія *примѣси*.

Здоровый грудной ребенокъ, при нормальной дѣятельности желудка, марается въ сутки 2—3 раза; испражненія его бываютъ кашицеобразной или киселеобразной консистенціи и не содержатъ избытка воды, т.-е. нормальныя испражненія, попавши на простынку, должны промачивать пеленки вокругъ себя приблизительно на 1 снт.; чѣмъ больше воды въ испражненіяхъ, тѣмъ шире дѣлается поясъ влажныхъ пеленокъ. Нормальный стулъ отличается далѣе тѣмъ, что онъ *равномѣрно* окрашенъ въ прекрасный *желтый* или оранжевый цвѣтъ и обладаетъ слабымъ, непротивнымъ кисловатымъ запахомъ; реакція его слабо-кислая, онъ содержитъ обыкновенно замѣтную примѣсь слизи, но она тѣсно смѣшана съ каломъ, а не является въ видѣ отдѣльныхъ комковъ или „гнѣздъ", какъ при фолликулярномъ энтеритѣ.

Диспепсическій стулъ представляетъ слѣдующія особенности: онъ *обиленъ*, но *не частъ* (вмѣсто 2—3-хъ разъ, ребенка слабитъ до 5 разъ въ сутки) и состоитъ главнымъ образомъ изъ *кала;* содержаніе воды въ немъ почти не увеличено, а потому *консистенція* остается *нормальной киселеобразной;* количество слизи нѣсколько увеличено, но слизь эта, какъ и въ нормальномъ стулѣ, тѣсно смѣшана съ каломъ, если же она встрѣчается въ отдѣльныхъ комкахъ, то указываетъ на раздраженіе толстыхъ кишокъ и слѣдовательно на переходъ диспепсіи въ фолликулярный энтеритъ. Особенно характеристично для диспепсіи присутствіе въ стулѣ большихъ количествъ неперевареннаго молока, въ видѣ *бѣлыхъ свертковъ,* состоящихъ главнымъ образомъ изъ жира, солей жирныхъ кислотъ, эпителія и казеина. Характерно далѣе и измѣненіе *цвѣта:* билирубинъ желчи при диспепсіи легко переходитъ въ биливердинъ, вслѣдствіе чего желтый цвѣтъ стула является перемѣшаннымъ съ зеленымъ. Такимъ образомъ, смѣсь желтаго, зеленаго и бѣлаго цвѣта придаютъ диспепсическому стулу довольно своеобразный видъ, оправдывающій сравненіе его съ „рублеными яйцами". Въ хроническихъ случаяхъ, особенно у дѣтей, вскармливаемыхъ коровьимъ молокомъ, вслѣдствіе недостатка красящихъ веществъ желчи, стулъ является блѣдно-желтымъ или даже и совсѣмъ безцвѣтнымъ.

Запахъ и реакція диспепсическихъ испражненій большею частью бываютъ слабо или сильно-кислые; въ запущенныхъ случаяхъ встрѣчаются и вонючія испраженія, съ запахомъ тухлыхъ яицъ.

Самый актъ дефекаціи совершается легко, нерѣдко съ шумомъ, вслѣдствіе выхода вѣтровъ, но безъ тенезмовъ и безъ боли.

Диспепсія выражается далѣе рвотой, метеоризмомъ и приступами коликъ. *Диспепсическая рвота* является обыкновенно послѣ пищи, иногда тотчасъ, въ другихъ случаяхъ черезъ $^1/_4$—$^1/_2$ часа послѣ ѣды, въ сопровожденіи тошноты и безпокойства, чѣмъ она и отличается отъ срыгиванія.

Метеоризмъ и *колики* обусловливаются скопленіемъ въ кишкахъ газовъ — продукта броженія непереваренной пищи. Приступы коликъ состоятъ изъ періодически возвращающихся болей живота. Лихорадки при диспепсіи не бываетъ.

Если на основаніи приведенныхъ симптомовъ установлена діагностика диспепсіи, то этимъ сдѣлана только половина дѣла, такъ какъ остается еще опредѣлить причину ея, иначе лѣченіе не можетъ быть успѣшнымъ. Всѣ *причины диспепсіи* могутъ быть сведены на неправильность діэты. У дѣтей, получающихъ грудное молоко, самой частой причиной диспепсіи бываетъ перекармливаніе: или ребенку даютъ грудь чаще, чѣмъ черезъ 2 часа, или позволяютъ ему сосать грудь долѣе 15 минутъ, или кормятъ его всякій разъ изъ обѣихъ грудей, тогда какъ надо соблюдать очередь между грудями. Особенно часто страдаютъ диспепсіей дѣти молодыхъ, здоровыхъ матерей, богатыхъ молокомъ, при слабыхъ грудяхъ (изъ слабой груди молоко бьетъ въ нѣсколько струй уже при легкомъ на нее давленіи пальцами, напротивъ, изъ тугой груди — молоко высасывается и выдавливается труднѣе). Далѣе, причиной диспепсіи можетъ быть порча грудного молока подъ вліяніемъ трудно варимой и мало питательной (постной) пищи, а также кислыхъ фруктовъ, регулъ и душевныхъ потрясеній. На свойства молока можетъ имѣть вліяніе и возрастъ (до 20 и послѣ 40 лѣтъ) и состояніе здоровья кормящей, а также время, протекшее со времени родовъ (новорожденные часто получаютъ диспепсію, если ихъ кормитъ кормилица со старымъ молокомъ). Причины диспепсіи у рожковыхъ дѣтей такъ многочисленны и разнообразны, что можно указать лишь на главнѣйшія: коровье молоко дурного качества (не говоря о подмѣсяхъ, здѣсь можетъ имѣть значеніе и содержаніе коровы), особенно прокислое или если молоко не достаточно разводится водой и дается съ какими-нибудь прибавками, не соотвѣтствующими возрасту ребенка; такъ напр. можно считать за доказанное, что для дѣтей до 3—4 мѣсяцевъ не годятся ни крахмалъ, ни какао, ни разные сорта кофе (а стало-быть и мука Нестле!). О діагностикѣ

всѣхъ этихъ причинъ не распространяюсь, такъ какъ она основывается просто на анамнезѣ.

Нѣкоторые авторы, по почину Demme и Biedert'а описываютъ еще другого рода диспепсію, характеризующуюся появленіемъ испражненій, очень богатыхъ жиромъ, и извѣстную подъ именемъ *жирового поноса*. Это страданіе всегда отличается упорствомъ и излѣчивается только посредствомъ пищи, бѣдной жиромъ. По Biedert'у, для точной діагностики требуется химическое опредѣленіе процентнаго содержанія жира въ сухомъ остаткѣ испражненій. При жировомъ поносѣ % жира колеблется отъ 41 до 67, а въ нормальномъ стулѣ отъ 4 до 25. Для цѣлей практическаго врача можно ограничиться менѣе кропотливымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ: небольшая частица испражненій разбавляется на объективномъ стеклышкѣ каплей воды и изслѣдуется; въ нормальномъ стулѣ на полѣ зрѣнія микроскопа появляются только мелкія капли жира и притомъ въ ничтожномъ количествѣ, между тѣмъ какъ при жировомъ поносѣ все поле занято крупными каплями жира или кристаллами жировыхъ кислотъ и солей.

Позднѣе Uffelmann и Черновъ показали, что значительное увеличеніе процента жира въ испражненіяхъ оказывается при всякой диспепсіи, такъ что руководствоваться этимъ признакомъ въ дѣлѣ діагностики жирового поноса нельзя, а потому и самое существованіе жирового поноса, какъ особой формы диспепсіи, приходится считать недоказанной.

При **остромъ катаррѣ тонкихъ кишокъ** испражненія, какъ и при диспепсіи, *обильны,* но при томъ значительно *учащенны* (6—7 разъ въ сутки) и вслѣдствіе преобладанія воды надъ прочими составными частями — *жидки,* водянисты, блѣдны и выходятъ сильной струей и съ шумомъ отъ выдѣляющихся газовъ. *Животъ* обыкновенно вздутъ, но при давленіи неболѣзненъ. Лихорадки не бываетъ.

При одновременномъ пораженіи желудка является и *рвота.* Подобныя формы гастро-энтерита составляютъ переходъ отъ простого катарра тонкихъ кишокъ къ *дѣтской холерѣ,* извѣстной также подъ именемъ *лѣтняго поноса.*

Дѣтская холера почти исключительно свойственна дѣтямъ, воспитывающимся на коровьемъ молокѣ и живущимъ въ дурныхъ, *душныхъ* квартирахъ. Въ смыслѣ патолого-анатомическомъ дѣтская холера есть не что иное, какъ очень острый катарръ всего тракта желудочно-кишечнаго канала, по всей вѣроятности, микотическаго происхожденія; по крайней мѣрѣ, проф. Demme находилъ при

аутопсіи слизистую оболочку желудка и кишокъ сплошь покрытой кучками бактерій, а въ трехъ случаяхъ ему удалось констатировать подъ микроскопомъ, что бактеріи проникали не только въ млечные сосуды кишокъ, но даже и въ брыжжеечныя железы. Это обстоятельство, въ связи съ внезапнымъ наступленіемъ болѣзни, иногда при высокой лихорадкѣ, несоразмѣрно быстрымъ развитіемъ коллапса и смертельнымъ исходомъ, не всегда соотвѣтствующимъ числу и качеству испражненій, даетъ автору поводъ признать такого рода случаи лѣтняго поноса за настоящій острый микозъ кишокъ, т.-е. за *инфекціонный катарръ*. Клинически дѣтская холера выражается, какъ эпидемическая, чрезвычайно упорной рвотой, сильнѣйшимъ поносомъ и *быстрымъ наступленіемъ коллапса*. Больного слабитъ разъ 10—12 въ сутки; испражненія совершенно жидки, какъ вода, очень обильны и совершенно не окрашены желчью (пеленки смочены точно мочей); отъ примѣси кишечнаго эпителія и массы грибковъ они мутны, вначалѣ кислой, позднѣе щелочной реакціи съ едва замѣтнымъ, иногда амміачнымъ запахомъ; животъ вслѣдствіе частыхъ испражненій мягокъ и невздутъ; лихорадки обыкновенно не бываетъ, но иногда въ началѣ болѣзни температура быстро подымается до 39—40°. Безпрестанная рвота и обильный поносъ сопровождаются не только сильной жаждой и ничтожнымъ отдѣленіемъ мочи (иногда дѣло доходитъ, какъ и при cholera epid., до полной ануріи), но и быстро наступающими явленіями коллапса, составляющаго отличительный признакъ дѣтской холеры отъ простого катарра желудка и кишокъ. Въ такомъ случаѣ прежде всего замѣчается похолоданіе конечностей, малый и частый пульсъ, большая слабость, а позднѣе развивается ціанозъ (губы), глаза вваливаются, пульсъ почти исчезаетъ, слизистая оболочка рта холодна, покрыта клейкой слизью; хриплый слабый голосъ; родничокъ впадаетъ, кости черепа заходятъ одна подъ другую (края лобной и затылочной костей заходятъ подъ края теменныхъ). Незадолго до смерти появляется *склерема*, т.-е. затвердѣніе кожи и подкожной клѣтчатки, зависящее отъ всасыванія въ кровь паренхиматозныхъ жидкостей. Склерема, какъ и похолоданіе кожи, начинается съ ногъ и рукъ, а потомъ идетъ кверху, на ягодицы и туловище и даже на лицо. Въ послѣднемъ періодѣ наступаетъ спячка, сведеніе затылка и наконецъ смерть при явленіяхъ такъ называемаго гидроцефалоида. Теченіе дѣтской холеры очень острое; смерть или поворотъ къ выздоровленію наступаютъ черезъ нѣсколько дней.

Дѣтскую холеру всего легче смѣшать съ *эпидемической холерой*, такъ какъ припадки въ обѣихъ случаяхъ одинаковы. Діагностика основывается лишь на характерѣ эпидеміи: азіатская холера не щадитъ ни взрослыхъ, ни дѣтей и не стоитъ въ такой близкой зависимости отъ лѣтней жары, какъ холера дѣтская, которая съ наступленіемъ прохладныхъ дней быстро ослабѣваетъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ, конечно, прибѣгнуть къ отыскиванію въ испражненіяхъ холерныхъ бациллъ. Для изслѣдованія всего лучше брать слизистые клочки, плавающіе въ „рисовыхъ“ испражненіяхъ; приготовивши изъ нихъ сухой препаратъ на покрывательномъ стеклышкѣ, его окрашиваютъ метиленевой синькой или фуксиномъ (слегка подогрѣвая въ теченіе 2—3 минутъ) и разсматриваютъ при увеличеніи въ 500—600. Въ виду того что при cholera nostras, а иногда и при дѣтской холерѣ (Lesage) встрѣчается тоже микробъ въ формѣ запятой (запятая Finkler'a и Prior'a) весьма похожій на холерную запятую Koch'a, то для вполнѣ надежной діагностики необходимо производить еще разводки по методамъ, излагаемымъ въ руководствахъ по бактеріологіи.

Какъ о легкой степени кишечнаго микоза или какъ о продромальномъ поносѣ, можно еще упомянуть о томъ, что во время жаркихъ лѣтнихъ мѣсяцевъ у дѣтей часто появляются разстройства пищеваренія въ видѣ весьма жидкихъ, кислыхъ испражненій, чрезвычайно вонючій запахъ которыхъ, а также громадное содержаніе въ нихъ грибковъ, прямо указываютъ на то, что нормальный процессъ пищеваренія уступилъ мѣсто гніенію пищи въ тонкихъ кишкахъ, а можетъ быть и въ желудкѣ.

Симптомы остраго **катарра толстыхъ кишокъ** — enteritis follicularis — легко объясняются участіемъ въ процессѣ слизистой оболочки прямой кишки. Испражненія состоятъ главнымъ образомъ изъ безцвѣтной или зеленоватой *слизи*, иногда окрашенной кровью; они *не обильны*, но зато очень *часты*; больного слабитъ разъ 10—15 въ сутки; при чемъ (въ отличіе отъ катарра тонкихъ кишокъ и дѣтской холеры) всякій разъ появляются *болѣзненные тенезмы* въ прямой кишкѣ и *жиленіе*. Слизистый стулъ почти совсѣмъ не пахнетъ; въ *легкихъ* случаяхъ послѣ нѣсколькихъ слизистыхъ испражненій появляется нормальный или жидкій каловый стулъ изъ верхнихъ отдѣловъ кишокъ, а послѣ этого опять выдѣляется голая слизь; въ болѣе серьезныхъ случаяхъ то же самое наблюдается только послѣ назначенія слабительнаго, а въ самыхъ тяжелыхъ — каловаго стула не удается вызвать даже и касторо-

вымъ масломъ (этимъ можно руководствоваться при предсказаніи). *Животъ* обыкновенно нѣсколько *вваливается,* иногда замѣчается болѣзненность при давленіи въ области нисходящей части толстой кишки. Дальнѣйшее отличіе фолликулярнаго энтерита отъ другихъ видовъ катарра состоитъ въ томъ, что онъ сопровождается обыкновенно *лихорадочнымъ состояніемъ,* котораго, впрочемъ, въ легкихъ случаяхъ можетъ и не быть. Легкія формы enter. follic. могутъ кончиться выздоровленіемъ въ 2—3 дня, а въ болѣе тяжелыхъ поносъ затягивается недѣли на 2—3 и дольше или переходитъ въ хроническій катарръ кишокъ.

Въ послѣднее время нѣкоторые французскіе авторы, по почину Hayema'а (Hammon, Vigier, Winter, Delattre, Lesage), отличаютъ еще особую форму поноса, описываемую ими подъ именемъ *зеленаго поноса,* зависящаго отъ развитія въ кишечникѣ хромогеннаго (зеленаго) бацилла. Не всякій зеленый поносъ у дѣтей непремѣнно бациллярный, такъ какъ зеленый цвѣтъ испражненій можетъ зависѣть и отъ примѣси желчи — это *желчный зеленый поносъ* французскихъ авторовъ. Отличить эти два вида зеленаго поноса легко и безъ микроскопа; стоитъ только подѣйствовать на испраженія азотной кислотой: если окраска зависѣла отъ желчи, то зеленый цвѣтъ или прямо переходитъ въ фіолетовый и розовый, или сначала зеленая окраска дѣлается болѣе насыщенной; въ случаѣ же бациллярнаго поноса, испражненія отъ азотной кислоты обезцвѣчиваются. Для діагностики имѣетъ значеніе и возрастъ: желчный поносъ всего чаще встрѣчается у дѣтей первыхъ двухъ мѣсяцевъ жизни, у которыхъ бациллярный является крайне рѣдко; напротивъ того, отъ 2 до 12 мѣсяцевъ зеленый поносъ чаще зависитъ отъ хромогеннаго бацилла. Послѣ двухъ лѣтъ этотъ послѣдній почти никогда не встрѣчается.

Lesage различаетъ 3 степени зеленаго бациллярнаго поноса у дѣтей: легкую, среднюю и тяжелую. Первая степень безлихорадочная, число испражненій не болѣе 6, выздоровленіе въ нѣсколько дней. При средней формѣ число испражненій отъ 6—10, ребенокъ лихорадитъ, поносъ нерѣдко затягивается въ хроническую форму. Тяжелая форма или холероподобный зеленый поносъ: число испражненій до 20, скоро развивается коллапсъ, но рвоты, въ отличіе отъ дѣтской холеры, обыкновенно не бываетъ вовсе или она незначительна. Смерть можетъ наступить въ 36—48 часовъ.

Острыя заболѣванія желудка и кишокъ у дѣтей старшаго возраста.

Скоро-проходящій катарръ желудка у дѣтей встрѣчается въ острой и подострой формѣ.

Острый катарръ или засореніе *желудка* — gastritis ac. s. gastricismus — нерѣдко появляется у дѣтей совершенно здоровыхъ послѣ грубыхъ погрѣшностей въ діэтѣ (обильное употребленіе конфетъ, въ особенности шоколадныхъ, фруктовъ, закусокъ и т. п.) и выражается съ самаго начала рвотой, обыкновенно повторной, и сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (до 40°); на низъ въ началѣ бобѣзни бываетъ обыкновенно запоръ, но позднѣе можетъ появиться и поносъ съ болями живота; полное отсутствіе аппетита, дурной вкусъ и непріятный запахъ изо рта, обложенный языкъ и значительная жажда, особенно къ холодному питью, замѣчаются ужъ съ самаго начала.

Такъ какъ рвота нерѣдко является при быстромъ повышеніи температуры и при другихъ болѣзняхъ, то понятно, что діагностика такихъ гастритовъ на первый день заболѣванія не легка, тѣмъ болѣе, что и обложенный языкъ также свойственъ не однимъ только гастритамъ. Для правильной оцѣнки случая чрезвычайно важны анамнестическія данныя (нарушеніе діэты), содержимое рвоты, обыкновенно состоящее изъ остатковъ непереваренной пищи, вызвавшей болѣзнь; вздутіе подложечки и *боль* при давленіи на нее; рвота облегчаетъ больного; наконецъ, быстрое выздоровленіе послѣ абсолютной діэты и слабительнаго. Отсутствіе какой-либо эпидеміи въ данной мѣстности значительно облегчаетъ діагностику.

Вторая форма — **gastritis subacuta** начинается постепенно съ потери аппетита, головной боли, общей слабости и вялости и протекаетъ съ незначительной лихорадкой и съ желтухой, но нерѣдко безъ рвоты и безъ поноса (хотя то и другое можетъ и быть). Лихорадочное состояніе, колеблющееся между 37,8—38,5, затягивается дней на 10—14. Въ случаѣ существованія начальной рвоты, болѣзнь эта можетъ быть принята за туберкулезный менингитъ, начало котораго тоже обозначается рвотой, головной болью, запоромъ, апатіей и легкимъ повышеніемъ температуры.

Основаніемъ діагностикѣ могутъ служить: *густо* обложенный языкъ и непріятный запахъ изо рта, вздутость и легкая болѣзненность подложечки, при давленіи на нее, и *желтизна конъюнктивъ*. Діагностическое значеніе въ пользу засоренія желудка можетъ имѣть также

и herpes labialis, который почти никогда не бываетъ при туберкулезномъ менингитѣ, но часто встрѣчается при „желудочной лихорадкѣ". Наоборотъ, противъ гастрита и за менингитъ говоритъ неправильный и въ то же время замедленный пульсъ (одна неправильность безъ замедленія не имѣетъ особаго значенія), слегка ввалившійся животъ и чистый языкъ.

Острый катарръ тонкихъ кишокъ у дѣтей болѣе взрослыхъ ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ того же катарра у субъектовъ зрѣлаго возраста. Онъ характеризуется довольно частыми (4—6 разъ въ сутки) обильными, жидкими испражненіями, сопровождающимися схваткообразными болями живота.

Хроническій катарръ желудка — catar. ventriculi chron. — въ дѣтскомъ возрастѣ рѣдко встрѣчается въ рѣзко выраженной формѣ, столь свойственной взрослымъ и выражающейся отрыжками, изжогами, рвотой большимъ количествомъ слизи и значительной болѣзненностью подложечной области при давленіи. Чаще мы встрѣчаемся съ легкими степенями катарра желудка, при которыхъ больные теряютъ аппетитъ, худѣютъ, дѣлаются вялыми и вообще представляютъ картину малокровія, о которомъ была рѣчь въ главѣ объ аппетитѣ, гдѣ указаны также и основанія для дифференціальной діагностики.

Хроническій катарръ желудка у дѣтей сравнительно рѣдко комбинируется съ *расширеніемъ его:* главные признаки dilatationis ventriculi состоятъ въ обильной рвотѣ, которой выбрасывается пища, принятая болѣе сутокъ тому назадъ и въ значительномъ распространеніи тимпаническаго тона желудка (до уровня пупка и ниже); послѣ пріема шипучей смѣси удается иногда видѣть границы желудка; въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ, какъ и у взрослыхъ, къ изслѣдованію желудочнымъ зондомъ.

Хроническій катарръ кишокъ, *catarrhus intestinalis chronicus,*— всего чаще встрѣчается у дѣтей отъ года до 3 лѣтъ. Въ однихъ случаяхъ поражаются по преимуществу тонкія кишки, въ другихъ — толстыя (хроническій фолликулярный энтеритъ).

Картины болѣзней *при хронич. катаррѣ тонкихъ кишокъ и при хронич. фолликулярномъ энтеритѣ* довольно сходны между собой, такъ какъ острый катарръ при переходѣ въ хроническую форму не остается на первоначальномъ мѣстѣ своего появленія, а распространяется обыкновенно на весь трактъ кишечнаго канала. Въ патолого-анотомическомъ отношеніи сходство состоитъ въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ распространеннымъ катарромъ слизистой оболочки тонкихъ и толстыхъ кишокъ и съ при-

пуханіемъ брыжжеечныхъ железъ и фолликулъ, съ тою лишь разницей, что при enteritis fol. chr. на первый планъ выступаетъ изъязвленіе фолликулъ толстыхъ кишокъ и прямой, что отражается и на клинической картинѣ страданія, тогда какъ при хронич. катаррѣ тонкихъ кишокъ, вслѣдствіе постояннаго метеоризма, рѣзче выступаетъ атрофія всей стѣнки кишки вмѣстѣ съ фолликулярнымъ аппаратомъ.

Сходство симптомовъ состоитъ въ слѣдующемъ: испражненія въ обоихъ случаяхъ обильны, сѣровато-желтоватаго и глинистаго цвѣта, жидки и чрезвычайно вонючи; въ обоихъ случаяхъ ребенокъ представляетъ высокую степень истощенія и анэміи; нерѣдко являются отеки рукъ и ногъ (кисти, ступни и голени), въ исключительныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти и до общей водянки, съ скопленіемъ жидкости въ серозныхъ полостяхъ; подкожный жиръ исчезаетъ; во всѣхъ случаяхъ дѣти страдаютъ безсонницей и выказываютъ сильную жажду.

Отличія состоятъ въ томъ, что при *хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишокъ* испражненія жидки, иногда даже совсѣмъ водянисты, нерѣдко содержатъ богатую примѣсь непереваренной пищи, но *не слизисты*; слабитъ больного легко, *безъ жиленія* и безъ боли (иногда бываютъ схваткообразныя боли передъ испражненіемъ) и не особенно часто — раза 4 въ сутки, рѣдко больше 6; *животъ* всегда *сильно вздутъ*.

При enter. fol. chron. хотя и появляются такія же испражненія, какъ и при хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишокъ, но вперемежку съ ними выдѣляются испражненія, вполнѣ характерныя для пораженія толстой кишки: они *скудны,* состоятъ по преимуществу изъ *гнойной слизи,* иногда съ примѣсью крови, и сопровождаются ясно замѣтнымъ *жиленіемъ,* а иногда и болью; число испражненій рѣдко бываетъ меньше 6, обыкновенно же *больше* 10 въ сутки, а потому вздутіе живота при ent. fol. chr., хотя бы и осложненной катарромъ тонкихъ кишокъ, никогда не достигаетъ такой степени, какъ при обыкновенномъ катаррѣ. Животъ, если нѣсколько и вздутъ, то все-таки мягокъ, тѣстообразенъ.

При всякомъ хроническомъ поносѣ можетъ явиться вопросъ о томъ, не зависитъ ли поносъ отъ туберкулеза кишокъ и нѣтъ ли у ребенка казеознаго (туберкулезнаго) перерожденія брыжжеечныхъ железъ. Такъ какъ симптомовъ, спеціально указывающихъ на то или другое пораженіе, мы не знаемъ (туберкулезно-перерожденныя брыжжеечныя железы, спаиваясь между собой, хотя и образуютъ иногда значительной величины опухоль съ бугристой поверх-

ностью въ области пупка, но прощупать подобную опухоль при жизни удается крайне рѣдко, такъ какъ этому препятствуетъ обыкновенно напряженіе брюшныхъ стѣнокъ вслѣдствіе метеоризма), то предполагать существованіе туберкулеза кишокъ или железъ мы можемъ лишь въ томъ случаѣ, если хроническій поносъ развивается у ребенка, страдающаго туберкулезомъ другихъ органовъ. Въ дополненіе къ сказанному мы приведемъ здѣсь діагностическую таблицу, заимствованную нами у Widerhofer'а (Jahrb. für Kinderh. VI. B. S. 16. u. 17. Die Semiotik des Unterleibs).

Хронич. катарръ кишокъ.	Туберкулезъ кишокъ.	Творож. перерожденіе брыжжеечн. железъ.
Всего чаще встрѣчается у дѣтей послѣ отнятія отъ груди, потомъ все рѣже и рѣже до 4 лѣтъ.	Появляется вообще не ранѣе 3-го года, потомъ все чаще и чаще до 6 лѣтъ у дѣтей туберкулезныхъ родителей.	Почти никогда раньше 3-го года; наибольшее распространеніе отъ 5 до 10 л. большею частью у дѣтей туберкулезныхъ родителей.
Испражненія не обильны; но поносъ постоянный, хотя бы только 2—3 раза въ день.	Поносъ дѣлаетъ паузы въ нѣсколько дней или недѣль и потомъ появляется снова; только въ случаѣ обширнаго пораженія кишокъ поносъ дѣлается постояннымъ.	Поносъ съ паузами.
Испражненія, состоящія изъ слизи, гноя и крови, чередуются съ катарральными или кашицеобразными, которыя только тогда содержатъ неперевар. остатки пищи, когда очень часты.	Испражн. состоятъ по преимуществу изъ кала, *нѣкоторыя пищевыя вещества выходятъ совсѣмъ непереваренными*, особенно богатыя жиромъ (мозгъ, желтокъ яйца, плотный жиръ).	Главная составная часть вода; въ испраж. *тоже много жира*, плавающаго на поверхности жидкихъ испражн. и легко различимаго глазомъ.
Слизистыя испражненія выходятъ при тенезмахъ, а катарральныя съ колико-	Боли схваткообразныя никогда не достигаютъ сильной степени, но сопровождаются	Боли обыкновенно внѣ времени испражн.; онѣ наступаютъ внезапно и скоро прохо-

Хронич. катарръ кишокъ.	Туберкулезъ кишокъ.	Творож. перерожденіе брыжжеечн. железъ.
образными схватками.	обыкновенно познабливаніемъ.	дятъ; особенно часто возвращаются послѣ ѣды.
Животъ обыкновенно вздутъ въ области colon transvers. и при изслѣдованіи reg. iliacae нижняя часть col. descend. и въ особенности S roman. оказываются припухшими и при болѣе сильномъ давленіи болѣзненными.	Нигдѣ не видно особаго вздутія, нерѣдко весь животъ мягокъ и чувствителенъ при давленіи; иногда область слѣпой кишки напряжена и болѣзненна при глубокомъ давленіи.	Животъ вздутъ и напряженъ; на нѣкоторыхъ мѣстахъ (при periton. chr). очень чувствителенъ и въ такомъ случаѣ *въ области пупка прощупываются болѣзненные узлы*, тѣсно соединенные съ брюшной стѣнкой и неподвижные.
Лихорадка умѣренная, равномѣрн. краснота щекъ во время жара. Кожа то суха, то влажна; блѣдна.	Лихор. умѣренная, экзацербаціи обозначаются знобами; огранич. краснота щекъ; кожа суха, на рукахъ и бедрахъ покрыта буроватыми чешуйками (pytiriasis tabescentium) и обильными волосами.	Лихор. очень умѣренная или совсѣмъ отсутствуетъ; кожа очень суха и блѣдна. На кожѣ живота прощупывается лимфатическія железки въ видѣ маленькихъ узелковъ.
Губы сухи, изъязвлены, и больной постоянно возится съ ними, обдирая чешуйки.	То же самое.	Нормальны. Больной настоятельно требуетъ сухой крахмалистой пищи.
Остальные органы здоровы.	Часто можно доказать туберкул. легкихъ; большею частью бываетъ гиперплязія или творож. перерожденіе перитонеальныхъ железъ; никогда не отсутствуетъ значительная припухлость паховыхъ и шейныхъ железъ.	Припухлость и твердость паховыхъ и бронхіальныхъ железъ; золотуха (туберкулезъ) другихъ органовъ.

Хронич. катарръ кишокъ.	Туберкулезъ кишокъ.	Творож. перерожденіе брыжжеечн. железъ.
Похуданіе начинается значительное время спустя послѣ появленія поноса.	Похуданіе наступаетъ скоро и постоянно прогрессируетъ.	Похуданіе наступаетъ медленно; во время паузъ больной нѣсколько поправляется.
Лѣкарства и покой всегда приносятъ нѣкоторую пользу; рецидивы вызываются обыкновенно нарушеніемъ діэты. Наибольшаго успѣха можно ждать отъ полнаго измѣненія діэты и перемѣны климата.	Лѣкарства и постельное содерж. или совсѣмъ не оказываютъ дѣйствія, или поносъ прекращ. лишь на время и снова появляется безъ всякой замѣтной причины.	Лѣкарства и покой дѣйствуютъ какъ при катаррѣ, но рецидивы часты.
Продолжительность 4—8 недѣль и потомъ съ прекращеніемъ лихор. наступаетъ прочное выздоровленіе. Изрѣдка встрѣчаются случаи, затягивающіеся на годъ и дольше.	2—6 мѣсяцевъ; при перерывахъ до года; въ случаѣ наступленія улучшенія нельзя разсчитывать на прочность его.	Неопредѣлен. продолжительность. Выздоровленіе возможно, если дѣло не дошло еще до перитонита или до другихъ послѣдствій туберкулизаціи железъ.

У дѣтей встрѣчается еще (и притомъ не особенно рѣдко) особая форма хроническаго поноса, служащаго выраженіемъ маскированной болотной лихорадки и отличающагося отъ многихъ другихъ видовъ хроническаго поноса своей періодичностью.

Подобный **періодическій поносъ** всего чаще встрѣчался мнѣ у дѣтей отъ 5 до 10 лѣтъ (по Bohn'у — чаще у грудныхъ). Ребенка слабитъ отъ 3 до 5 разъ въ сутки жидкимъ, вонючимъ каловымъ стуломъ, обыкновенно въ теченіе немногихъ часовъ, а въ остальную часть сутокъ ребенокъ или совсѣмъ не марается или испражняется нормальнымъ стуломъ. Такая смѣна жидкихъ испражненій нормальными и наоборотъ, довольна характерна для случаевъ болотнаго поноса. Поносъ является въ видѣ пароксизмовъ изо дня въ день и приблизительно всегда въ одно и то же время, *большею частью ночью или утромъ*. Повышеніе температуры въ періодѣ поноса

бываетъ рѣдко, но селезенка нерѣдко оказывается настолько припухшей, что прощупывается. До нѣкоторой степени характерно для болотнаго поноса — сравнительно *хорошій видъ больного;* несмотря на долго продолжающійся поносъ (въ теченіе мѣсяцевъ), подкожный жиръ не исчезаетъ, блѣдность покрововъ и слизистыхъ оболочекъ не велика, больной вовсе не смотритъ кахектичнымъ. Характерно далѣе и то, что желудочное пищевареніе остается въ полномъ порядкѣ: при чистомъ языкѣ больные сохраняютъ прекрасный аппетитъ и могутъ безнаказанно поѣдать гораздо больше того, чѣмъ имъ даютъ. Наконецъ еще одна важная особенность періодическаго поноса состоитъ въ томъ, что онъ не уступаетъ ни строгому діэтетическому лѣченію, ни назначенію слабительнаго или опія и вяжущихъ, но *быстро проходитъ отъ хинина.* Одного, много двухъ пріемовъ хинина, данныхъ за нѣсколько часовъ до появленія жидкихъ испражненій, часто бываетъ достаточно, чтобъ сразу прекратился поносъ, упорно не уступавшій лѣченію въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Въ свѣжихъ случаяхъ болотный поносъ проявляется большею частью въ формѣ слизистаго или кроваваго поноса съ жиленіемъ и повышеніемъ температуры; замѣчательно, что нерѣдко жаръ держится только одинъ день, но достигаетъ значительной степени, напр. градусовъ 40, такъ что въ виду такой температуры кровавый поносъ производитъ на врача впечатлѣніе очень серьезное, но дальнѣйшее теченіе не оправдываетъ опасеній. При этихъ острыхъ формахъ болотнаго поноса періодичность не бываетъ такъ рѣзко выражена, какъ при хроническихъ, такъ какъ слизистыя испражненія появляются въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, но въ *извѣстные часы частота испражненій замѣтно усиливается.* Въ легкихъ случаяхъ, впрочемъ, и при острыхъ формахъ замѣчается строгая періодичность, при чемъ во время апирексіи появляется нормальный стулъ. По Bohn'у*), кровавый болотный поносъ отличается отъ обыкновенной дизентеріи отсутствіемъ тенезмовъ, жиленія и болей живота, но это наблюденіе подтверждается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Острыя формы тоже уступаютъ только хинину.

Діагностика болотнаго поноса не трудна; она основывается, главнымъ образомъ, на типичной періодичности поноса (не надо только ожидать возвращенія его всякій день часъ въ часъ; разница на 2—3 часа ничего не значитъ). Подспорьемъ діагностикѣ служитъ

*) Jahrb. f. Kinderkr. 1873. IV. S. 115.

въ острыхъ случаяхъ начальное повышеніе температуры и опухоль селезенки (хотя ни то, ни другое не обязательно), въ хроническихъ — хорошій общій видъ больного, чистый языкъ, удовлетворительный аппетитъ, опухоль селезенки и анамнезъ (больной или хворалъ перемежающейся лихорадкой или, по крайней мѣрѣ, жилъ въ болотной мѣстности, въ сыромъ домѣ и т. п.), а также безрезультатность лѣченія опіемъ и другими общеупотребительными средствами.

Несмотря на легкость діагностики, болотный поносъ узнается все-таки далеко не всегда; очень нерѣдко случается такъ, что больной хроническимъ поносомъ переходитъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ одного врача къ другому, перепробуетъ множество лѣкарствъ, рекомендованныхъ противъ хронич. катарра кишокъ и наконецъ быстро выздоравливаетъ отъ нѣсколькихъ гранъ хинина. Подобныя недоразумѣнія объясняются малымъ знакомствомъ врачей съ болотнымъ поносомъ, несправедливо считающимся рѣдкостью; врачи забываютъ объ его существованіи и потому, разспрашивая о числѣ испражненій, никогда не справляются о томъ, *когда* именно больного слабитъ, въ какіе часы, а въ этомъ вся суть*). Словомъ, *чтобы легко узнать болотный поносъ, надо имѣть его въ виду.*

Слѣдуетъ однако замѣтить, что одной періодичности поноса еще недостаточно для вѣрной діагностики болотнаго поноса, такъ какъ несомнѣнно что нѣкоторые случаи катарра толстыхъ кишокъ (по мнѣнію проф. Чернова, изложенному въ его брошюрѣ Perityphlitis и paratyphlitis у дѣтей. Кіевъ 1892, стр. 31, главнымъ образомъ катарръ слѣпой кишки) тоже выражаются періодическимъ поносомъ, при чемъ испражненія вонючи, жидки и появляются обыкновенно подъ утро, въ числѣ 3—5 разъ въ теченіе короткаго времени, а днемъ больного или вовсе не слабитъ или слабитъ исключительно только вскорѣ послѣ ѣды. На пораженіе слѣпой кишки указываютъ, по мнѣнію Чернова, высокій тимпаническій тонъ при постукиваніи въ области coeci, урчаніе въ этомъ мѣстѣ и боль или непріятное ощущеніе при надавливаніи. Если брюшныя мышцы не напряжены, то при ощупываніи живота на первой $^{1}/_{3}$ линіи, соединяющей spin. anter. sup. os. ilei съ пупкомъ, или же нѣсколько выше, а то и ниже, ясно ощущается, какъ изъ подъ пальцевъ выскальзываетъ утолщенный болѣзненный край слѣпой кишки; нерѣдко въ то же время представляется болѣзненнымъ s. Romanum и вообще замѣ-

*) Виноваты въ этомъ и наши руководства по дѣтскимъ болѣзнямъ, въ большинствѣ которыхъ болотный поносъ совсѣмъ игнорируется.

чается повышенная чувствительность по всему ходу толстыхъ кишокъ. — Подобные поносы, по мнѣнію Чернова, указывающіе на катарръ coeci (а затѣмъ уже и вообще толстой кишки), являются чаще всего слѣдствіемъ запущеннаго остраго enterocolit'а (т.-е. слизистаго или кроваваго поноса), а по Edlefsen'у (Lehrb. d. Diagnostik der inner. Krankheiten. 1890. S. 109) періодическій поносъ есть вѣрнѣйшій признакъ катарра толстыхъ кишокъ вслѣдствіе копростаза. Какъ бы то ни было, но вѣрно то, что періодическій поносъ встрѣчается иногда при катаррѣ толстыхъ кишокъ и отличается отъ болотнаго поноса помимо болѣзненности живота при давленіи по тракту толстой кишки еще тѣмъ, что хининъ не оказываетъ на такой поносъ никакого вліянія, а всего лучше уступаетъ онъ назначенію касторочаго масла, молочной діэтѣ и большимъ клизмамъ изъ 1% раствора таннина. Мясо и жирная пища при подобномъ поносѣ абсолютно воспрещаются.

Семіотика кровавыхъ испражненій.

Присутствіе крови въ испражненіяхъ узнается обыкновенно легко при простомъ осмотрѣ стула, видъ и цвѣтъ котораго различно измѣняются не только отъ количества примѣшанной къ нему крови, но также и оттого, *гдѣ* произошло кровотеченіе (т.-е. ближе или дальше отъ желудка) и какъ долго оставалась кровь въ кишкахъ. Вообще говоря, чѣмъ ближе къ желудку произошло кровотеченіе, тѣмъ дольше кровь остается въ кишкахъ и, слѣдовательно, тѣмъ болѣе подвергается она дѣйствію пищеварительныхъ соковъ, отчего выходитъ наружу сильно измѣненной въ цвѣтѣ (потемнѣвшей). Кровяные шарики являются подъ микроскопомъ изуродованными или совсѣмъ разрушенными; кровь въ этихъ случаяхъ успѣваетъ тѣсно смѣшаться съ каломъ, который получаетъ равномѣрный темно-бурый или даже черный цвѣтъ. Но подобная окраскяя кала въ черный цвѣтъ наблюдается также при употребленіи нѣкоторыхъ средствъ, напр. желѣза, черники, угля и проч. Чтобъ узнать въ сомнительныхъ случаяхъ примѣсь крови, стоитъ только распустить кусочекъ кала въ водѣ: послѣдняя немедленно окрашивается отъ крови въ красный цвѣтъ; въ случаѣ сомнѣнія можно прибѣгнуть къ Heller'скойпробѣ (ср. стр. 94) Кровь безъ примѣси кала происходитъ обыкновенно изъ толстой кишки; впрочемъ, если испражненія часты, и кровотеченіе, хотя бы и въ верхнихъ отдѣлахъ кишокъ, обильное и повторное, то и въ этихъ

случаяхъ стулъ можетъ состоять изъ одной крови, которая выходитъ тогда или жидкой, дегтеобразной, или свернувшейся, не во всякомъ случаѣ темной, сильно измѣненной. Чистая, пунцовая кровь, не смѣшанная съ каломъ, а только приставшая къ нему, является навѣрное изъ прямой кишки.

Причины кровотеченій съ возрастомъ ребенка измѣняются, и поэтому въ позднѣйшихъ возрастахъ мы не наблюдаемъ нѣкоторыхъ видовъ кровотеченій, съ которыми встрѣчаемся у грудныхъ, а потому можно раздѣлить всѣ относящіеся сюда случаи на 2 группы: къ 1-й относятся кишечныя кровотеченія, наблюдаемыя исключительно у новорожденныхъ и въ первые мѣсяцы жизни, ко 2-й — у дѣтей старшаго возраста.

Къ 1-й группѣ относятся кишечныя кровотеченія при melaena neonatorum и при временной гемофиліи, о чемъ было ужъ говорено въ главѣ о кровавой рвотѣ (стр. 89).

По Bohn'у кровавыя испражненія у дѣтей до года нерѣдко являются вслѣдствіе заболѣванія ихъ перемежающейся лихорадкой.

Кровавыя испражненія у дѣтей, болѣе взрослыхъ, тоже бываютъ, какъ при желудочныхъ, такъ и при кишечныхъ кровотеченіяхъ. Причины послѣднихъ сводятся: 1) на общія болѣзни, такъ назыв. болѣзни крови; 2) на болѣзни отдаленныхъ органовъ, при которыхъ затрудняется отливъ крови изъ кишечныхъ венъ и 3) на болѣзни самыхъ стѣнокъ кишокъ.

Къ болѣзнямъ первой категоріи относятся variola haemorrhagica, morbus maculosus Werlhofii и scorbut. Во всѣхъ этихъ случаяхъ кровотеченіе происходитъ обыкновенно въ верхнихъ частяхъ кишокъ, отчего кровь выходитъ или тѣсно смѣшанной съ каломъ, или, при повторныхъ и частыхъ кровотеченіяхъ, безъ него, но во всякомъ случаѣ значительно измѣненной. Діагностика въ большинствѣ случаевъ легка и именно на основаніи измѣненій, представляемыхъ кожей и слизистыми оболочками, характерныхъ для данной болѣзни, какъ напр. болѣзнь десенъ при скорбутѣ, purpura при Верлгофовой болѣзни и т. п. Всего труднѣе узнать геморрагическую оспу, особенно въ началѣ оспенной эпидеміи, такъ какъ variola haemor. протекаетъ очень быстро и нерѣдко убиваетъ больного, прежде чѣмъ успѣетъ показаться папулезная оспенная сыпь; петехіи на кожѣ и кровоизліянія во внутренніе органы являются уже на 1-й день предвѣстниковъ въ сопровожденіи очень сильнаго лихорадочнаго состоянія съ бредомъ и конвульсіями.

Къ числу общихъ болѣзней, при которыхъ можетъ появиться кровь

въ испражненіяхъ, относятся также всѣ страданія, ведущія къ глубокому истощенію организма, каковы: morb. Brightii chron., костоѣда, хронич. поносы и проч. Такіе субъекты предъ смертью почти всегда получаютъ упорные водянистые поносы, во время которыхъ появляются иногда (хотя и рѣдко) и кровавыя испражненія, вѣроятно вслѣдствіе разрыва амилоидно-перерожденныхъ сосудовъ.

Случаи второй категоріи, т.-е. кишечныя кровотеченія вслѣдствіе затрудненнаго отлива венозной крови встрѣчаются у дѣтей въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, какъ и тѣ болѣзни печени, отъ которыхъ всего чаще зависятъ кишечныя кровотеченія. Такъ какъ притомъ кровянистыя испражненія въ подобныхъ случаяхъ отступаютъ совсѣмъ на задній планъ, то мы и не будемъ говорить о нихъ.

Къ 3-й категоріи относятся, во 1-хъ, различныя *изъязвленія* слизистой оболочки *тонкихъ кишокъ*. Язвы являются обыкновенно вслѣдствіе общихъ страданій организма, а всего чаще при тифѣ и бугорчаткѣ. Діагностика этихъ язвъ не всегда возможна, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ не вызываютъ никакихъ рѣзкихъ симптомовъ; почти всегда, правда, онѣ сопровождаются поносомъ, но этотъ послѣдній зависитъ не отъ язвъ, а отъ сопровождающаго ихъ катарра; гдѣ нѣтъ послѣдняго, тамъ, несмотря на язвы, могутъ быть запоры, какъ напр. это имѣло мѣсто въ наблюденіяхъ Rilliet и Bartez'а въ случаяхъ туберкулезныхъ язвы кишечника (Kinderkrankheiten III, S. 993); тѣ же авторы отмѣтили и тотъ фактъ, что сила поноса не зависитъ отъ числа язвъ. Боль въ ограниченномъ мѣстѣ живота, усиливающаяся при давленіи, тоже иногда наблюдается при язвахъ, но можетъ и отсутствовать, такъ какъ она зависитъ тоже не отъ самихъ язвъ, а отъ ограниченнаго воспаленія брюшины въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ язвѣ; гной образуется въ незначительномъ количествѣ и такъ тѣсно смѣшивается съ испражненіями, что не можетъ быть открытъ; вотъ въ виду приведенныхъ-то соображеній, самымъ надежнымъ признакомъ язвъ кишокъ и является кровавое испражненіе, если оно наблюдается въ теченіе тифа или бугорчатки. Само собою разумѣется, что признакъ этотъ далеко не постояненъ, такъ какъ изъязвленія кишокъ рѣдко даютъ поводъ къ появленію кровотеченій.

Чистая кровь, примѣшанная, въ большемъ или меньшемъ количествѣ, къ *необильному, слизистому* стулу, испражняемому при сильныхъ *тенезмахъ* и боляхъ живота, указываетъ на пораженіе *толстой* кишки и особенно прямой. Такой стулъ наблюдается

при остромъ фолликулярномъ энтеритѣ, при дизентеріи и при фолликулярныхъ язвахъ нижняго отдѣла кишокъ (хроническая дизентерія).

Симптомы остраго фолликулярнаго энтерита уже изложены нами въ главѣ о поносахъ у грудныхъ дѣтей.

Disenteria, какъ и всякая другая инфекціонная болѣзнь, проявляется въ чрезвычайно разнообразныхъ формахъ. Между самыми легкими случаями, кончающимися выздоровленіемъ въ 2—3 дня и даже въ нѣсколько часовъ, напримѣръ послѣ перваго же пріема касторового масла, и самыми тяжелыми, ведущими къ смерти въ нѣсколько дней, существуютъ всевозможныя переходныя степени.

Удобства ради можно принять 3 формы дизентеріи: легкую, среднюю и тяжелую. Общими признаками всѣхъ этихъ формъ служатъ необильный, частый, слизистый стулъ, жиленіе и боль живота.

Легкія формы по припадкамъ и теченію ничѣмъ не отличаются отъ среднихъ и легкихъ случаевъ фолликулярнаго энтерита (стр. 104), а разница между ними лишь та, что дизентерія есть болѣзнь эпидемическая и заразительная, тогда какъ фолликулярный энтеритъ незаразителенъ и потому носитъ названіе спорадическаго кроваваго поноса. Какъ на самую характерную черту легкой формы дизентеріи, мы укажемъ здѣсь лишь на то, что *чисто слизистаго стула или совсѣмъ не бываетъ, или вперемежку съ нимъ нѣсколько разъ въ день появляются и кашицеобразныя каловыя массы.*

При *средней формѣ* число испражненій отъ 10 до 20; большинство ихъ состоитъ изъ чистой слизи, зеленой или бѣлой, окрашенной кровью; тенезмы значительны, каловыя массы не появляются въ теченіе двухъ — трехъ дней подъ рядъ, но онѣ могутъ быть вызваны слабительнымъ. Въ началѣ болѣзни замѣчается повышеніе температуры въ теченіе нѣсколькихъ дней. Животъ при давленіи неболѣзненъ или боль невелика и ограничена небольшимъ мѣстомъ въ области лѣвой fossae iliacae. *Колляпса нѣтъ*. Дней черезъ 8—12 начинается періодъ улучшенія, т.-е., постепеннаго ослабленія всѣхъ припадковъ, при чемъ все чаще и чаще въ теченіе сутокъ начинаютъ появляться вмѣстѣ со слизью и каловыя массы и дѣло кончается тѣмъ, что недѣли черезъ 2—3 слизисто-кровавый поносъ переходитъ въ простой, а еще черезъ 1—2 недѣли все приходитъ къ нормѣ.

Тяжелая форма дизентеріи обусловливается образованіемъ дифтеритическаго экссудата на воспаленной слизистой оболочкѣ и характеризуется не столько высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ въ началѣ

и чрезмѣрно частымъ стуломъ (больше 20—30 разъ въ сутки) и сильнымъ жиленіемъ, сколько симптомами наступленія *колляпса и значительной болѣзненностью живота при давленіи по тракту ободочной кишки,* въ особенности col. descendentis. Каловаго стула нѣтъ въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ, при чемъ его трудно добиться даже и назначеніемъ слабительнаго. Красныя испражненія, похожія на мясную воду и состоящія изъ равномѣрно окрашенной серозной жидкости съ примѣсью слизистыхъ клочковъ, встрѣчаютя только въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи.

Если больной переживаетъ острый періодъ (недѣли 2—3), то дальнѣйшее теченіе затягивается на очень продолжительное время, такъ что получается картина *хронической дизентеріи.* Больного слабитъ не особенно часто — разъ 6—8 въ сутки, чрезвычайно вонючимъ, жидкимъ или кашицеобразнымъ стуломъ, съ примѣсью гноевидной слизи, при чемъ бываютъ обыкновенно схваткообразныя боли живота и тенезмы. Этими остатками тенезмовъ и примѣсью гнойной, иногда сукровичной слизи къ каловому стулу хроническая дизентерія отличается отъ обыкновеннаго хронич. катарра кишокъ, при которомъ испражненія тоже очень вонючи и нерѣдко сопровождаются болями живота (см. гл. о хронич. катаррѣ кишокъ, стр. 107). Продолжительность хронической дизентеріи можно опредѣлить приблизительно отъ 2 до 6 мѣсяцевъ, а потомъ, въ большинствѣ случаевъ, она все-таки кончается выздоровленіемъ.

Появленіе чистой алой крови изъ задняго прохода у дѣтей всегда бываетъ въ незначительномъ количествѣ — нѣсколько капель.

Самой частой причиной подобнаго кровотеченія бываетъ *запоръ* съ образованіемъ твердаго кала, надрывающаго слизистую оболочку при своемъ проходѣ черезъ anus.

Для діагностики достаточно простого осмотра стула: онъ состоитъ изъ твердыхъ, сухихъ комковъ темно-бураго или, наоборотъ, бѣлаго цвѣта (у маленькихъ дѣтей при исключительно молочной діэтѣ), мѣстами окрашенныхъ приставшими къ нимъ каплями неизмѣненной крови. Само испражненіе нѣсколько болѣзненно и сопровождается сильнымъ жиленіемъ (т.-е. дѣйствіемъ брюшного пресса, а не тенезмами въ прямой кишкѣ); послѣ испражненія, вслѣдствіе надрыва слизистой оболочки, болѣе взрослыя дѣти жалуются на легкое жженіе in ano.

Незначительное кровотеченіе можетъ быть также и при жидкихъ, но *ѣдкихъ испражненіяхъ,* именно въ случаѣ образованія ссадинъ на слизистой оболочкѣ recti — аналогичныхъ ссадинамъ верхней

губы при насморкѣ. Эти ссадины занимаютъ обыкновенно заднюю стѣнку и сопровождаются экцемой въ окружности ani, облегчающей діагностику. Съ этими незначительными и весьма скоро заживающими ссадинами не слѣдуетъ смѣшивать чрезвычайно упорныя и болѣзненныя *трещины задняго прохода*, о которыхъ будетъ рѣчь въ главѣ о запорѣ (стр. 127).

Появленіе нѣсколькихъ капель чистой крови изъ задняго прохода послѣ каждаго испражненія, но *при отсутствіи запора* и *безъ всякой боли во время акта дефекаціи* служитъ надежнымъ признакомъ присутствія *полипа въ прямой кишкѣ*. Изслѣдованіе пальцемъ открываетъ въ такихъ случаяхъ, повыше внутренняго сфинктера, на задней стѣнкѣ recti небольшую (съ вишню), мягкую, упругую, легко кровоточащую опухоль, сидящую на ножкѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при всякомъ испражненіи полипъ выходитъ наружу и можетъ симулировать небольшой prolapsus ani. Достаточно знать это, чтобы легко оріентироваться при изслѣдованіи пальцемъ.

При *выпаденіи прямой кишки* (prolapsus recti) изъ задняго прохода показывается грушевидная или цилиндрическая опухоль, красно-багроваго цвѣта, легко кровоточащая. На вершинѣ опухоли находится отверстіе, черезъ которое легко ввести палецъ. Между опухолью и краями anus'a остается кольцеобразная щель, черезъ которую легко дойти пальцемъ до мѣста загиба вывороченной стѣнки кишки. Въ случаяхъ свѣжихъ и когда опухоль не превышаетъ величины обыкновенной груши, она легко вправляется. На основаніи перечисленныхъ признаковъ смѣшать съ чѣмъ-либо prolapsus recti трудно.

Семіотика запора.

Запоръ, въ качествѣ временнаго или второстепеннаго симптома, встрѣчается весьма часто при многихъ лихорадочныхъ и другихъ болѣзняхъ, но здѣсь мы имѣемъ въ виду лишь тѣ случаи, въ которыхъ запоръ является единственнымъ или, по крайней мѣрѣ, главнымъ припадкомъ и притомъ неопредѣленной продолжительности; это такъ называемый *привычный запоръ*, всего чаще встрѣчающійся у дѣтей въ первые два года жизни.

Ребенокъ въ первые мѣсяцы жизни, пока онъ питается только груднымъ молокомъ, марается 2—3—4 раза въ сутки; но спрашивается, можно ли говорить о запорѣ у грудного ребенка, имѣющаго только одно испражненіе, но зато обильное, нормальнаго

цвѣта и горчицеобразной консистенціи? Нѣкоторые авторы, напр. Bohn (Jahrb. f. Kinder. N. F. I.), отвѣчаютъ на это утвердительно, хотя при такомъ взглядѣ на дѣло теряется всякій критерій для сужденія о томъ, гдѣ кончается запоръ и начинается нормальная дѣятельность кишечника; вѣдь и одно испражненіе въ сутки можетъ быть обильнѣе 2—3 вмѣстѣ взятыхъ; а потому мнѣ кажется справедливѣе основывать діагностику запора на качествѣ испражненій и на явленіяхъ, сопутствующихъ акту дефекаціи. Какъ у взрослыхъ людей, такъ и у грудныхъ дѣтей отправленія кишечника стоятъ въ зависимости отъ индивидуальности. Встрѣчаются дѣти, марающіяся черезъ день, но тѣмъ не менѣе испражненія ихъ остаются постоянно нормальной, т.-е. киселеобразной консистенціи и желтаго цвѣта, а общее состояніе прекраснымъ, и говорить въ подобныхъ случаяхъ о запорѣ и тѣмъ паче лѣчить его — нѣтъ никакихъ основаній. Если ребенокъ марается меньше, чѣмъ бы слѣдовало по его организаціи, то задержка испражненій должна такъ или иначе проявлять себя извѣстными симптомами, при существованіи которыхъ мы и говоримъ, что у ребенка привычный запоръ. Симптомы эти могутъ состоять въ слѣдующемъ: 1) испражненія получаютъ плотную консистенцію и выходятъ форменными, въ сравнительно легкихъ случаяхъ въ видѣ довольно мягкихъ сосисокъ, а въ болѣе тяжелыхъ въ формѣ совсѣмъ плотныхъ комковъ бѣловатаго цвѣта; 2) самый актъ дефекаціи совершается при видимомъ участіи брюшного пресса: ребенокъ жалится, лицо его краснѣетъ, иногда покрывается пóтомъ; 3) во время испражненія или незадолго до него у ребенка появляются боли живота, вслѣдствіе которыхъ онъ безпокоится, а иногда впадаетъ даже въ судороги; 4) животъ вздутъ, но обыкновенно не болѣзненъ при давленіи; прощупать у грудного ребенка твердые комки испражненій черезъ брюшныя стѣнки удается крайне рѣдко; 5) испражненія совершаются въ легкихъ случаяхъ разъ въ день или черезъ сутки, въ болѣе тяжелыхъ черезъ 2—4 дня, и тогда задержка испражненій можетъ быть причиной лихорадочнаго состоянія.

У дѣтей старшаго возраста запоръ сопровождается обыкновенно потерей аппетита, вздутіемъ живота, иногда схваткообразными болями, а также вялостью, головной болью и при случаѣ лихорадочнымъ состояніемъ, такъ что можетъ симулировать *хроническій перитонитъ,* при которомъ тоже бываетъ наклонность къ запору при вздутомъ животѣ и схваткообразныхъ боляхъ и по временамъ лихорадочное состояніе.

Діагностика не всегда легка; она основывается на томъ, что при хроническомъ перитонитѣ животъ не только вздутъ, но и *напряженъ,* запоръ часто смѣняется поносомъ, въ полости брюшины скоро замѣчается скопленіе транссудата, а въ болѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ удается прощупать въ животѣ плотныя ограниченныя опухоли вслѣдствіе воспалительнаго утолщенія брюшины и сращеній между петлями кишокъ; общее состояніе питанія при перитонитѣ представляетъ гораздо большую степень истощенія, чѣмъ при простомъ хроническомъ запорѣ.

Если при запорѣ рѣзко выступаетъ лихорадочное состояніе, общая слабость и головная боль и такой комплексъ симптомовъ держится нѣсколько дней, то легко принять его за начало тифа.

Въ другихъ случаяхъ запоръ сопровождается мозговыми симптомами, каковы — рвота, головная боль, легкое повышеніе температуры, *замедленный* и нѣсколько *неправильный пульсъ*, расширеніе зрачковъ, сонливость — все это продолжается нѣсколько дней и быстро исчезаетъ послѣ обильнаго стула, вызваннаго слабительнымъ (ср. два случая, приведенные въ руководствѣ Barthez и Sanné. T. II. p. 532, относящіеся къ дѣвочкѣ 9 лѣтъ и мальчику 27 мѣсяцевъ).

Наконецъ, упомяну еще, что въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, у мальчика 8 л., лихорадка въ продолженіе двухъ недѣль симулировала intermittens съ утренними повышеніями до 39,5 и даже до 40,8 (но не совсѣмъ правильно и не ежедневно), не уступала хинину и прекратилась послѣ стакана слабительнаго лимонада.

За исключеніемъ подобныхъ рѣдкостей, діагностика запора конечно не трудна, но суть въ томъ, чтобъ узнать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ *причину запора,* такъ какъ только при этомъ условіи возможна раціональная терапія.

У грудныхъ дѣтей причину запора слѣдуетъ искать или въ самомъ ребенкѣ, или въ свойствахъ пищи.

Встрѣчаются дѣти, у которыхъ запоръ обусловливается, повидимому, *слишкомъ хорошимъ усвоеніемъ грудного молока;* они рѣдко мараются потому, что выпиваемое ими молоко даетъ мало остатка для образованія кала, а пока накопится достаточное количество послѣдняго, жидкія составныя части всасываются въ толстой кишкѣ, и испражненіе получается плотнымъ, а потому и актъ дефекаціи затрудняется. Избыточнаго образованія газовъ при такого рода запорѣ не замѣчается, а потому характерно для него отсутствіе метеоризма и прекрасное состояніе общаго питанія; ребенокъ предста-

вляется во всѣхъ отношеніяхъ здоровымъ и прибавляется въ вѣсѣ больше, чѣмъ бы слѣдовало, т.-е. онъ тучнѣетъ. Перемѣна кормилицы не устраняетъ запора; цѣль эта гораздо вѣрнѣе достигается назначеніемъ ребенку непривычной для него пищи, напр. бульона или нѣсколькихъ ложекъ содовой или даже простой, прохладной воды. Эти же средства могутъ содѣйствовать устраненію запора, зависящаго отъ вялости или *торпидности кишечной мускулатуры*, которую мы имѣемъ право предполагать при запорахъ у дѣтей, вообще слабыхъ, малокровныхъ и, въ особенности, у рахитиковъ, у которыхъ вся мышечная система слаба, а также и въ томъ случаѣ у дѣтей вполнѣ здоровыхъ, когда запоръ не уступаетъ измѣненію діэты и когда вообще не удается открыть опредѣленной причины для него. Насколько принимаетъ участіе въ дѣтскихъ запорахъ *наслѣдственное расположеніе* въ случаяхъ существованія хроническаго запора у матери, трудно сказать, такъ какъ вліяніе это замѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ, особенно если ребенокъ вскармливается кормилицей.

Причиной запора у грудныхъ дѣтей съ первыхъ недѣль жизни можетъ быть также *врожденное суженіе всей прямой кишки* или задняго прохода. Въ нормальномъ состояніи въ anus грудного ребенка безъ большого труда можно провести мизинецъ, при суженіи же его это изслѣдованіе или вовсе не удается, или только съ большимъ трудомъ. Эта причина запора, несмотря на легкость ея распознаванія, очень часто остается неузнанной только вслѣдствіе того, что врачи не имѣютъ обыкновенія прибѣгать къ обслѣдованію задняго прохода пальцемъ, что *необходимо дѣлать во всѣхъ случаяхъ хроническаго запора у дѣтей*. Для иллюстраціи приведу два случая.

Ребенокъ 10-ти мѣсяцевъ; до $9^1/_2$ мѣсяцевъ воспитывался при материнской груди и все время выказывалъ наклонность къ запору, хотя испражненія были нормальной кашицеобразной консистенціи; въ теченіе двухъ недѣль, послѣ отнятія отъ груди, запоры сдѣлались настолько упорными что нѣсколько разъ приходилось давать слабительное, а за послѣдніе три дня ребенокъ совсѣмъ не марался, несмотря на пріемъ нѣсколькихъ столовыхъ ложекъ Huniadi. Животъ былъ вздутъ, при постукиваніи его въ лѣвой reg. hypogastrica получался притупленный звукъ; ребенокъ сдѣлался безпокоенъ, за послѣднія сутки его два раза вырвало; онъ нѣсколько разъ принимался жилиться, но безъ результата. Ожидая встрѣтить въ нижнемъ отдѣлѣ прямой кишки комки твердаго кала, я предпринялъ изслѣдованіе anus'а пальцемъ, при чемъ сейчасъ же выяснилась совсѣмъ иная причина запора. На разстояніи не болѣе одного сантиметра отъ наружнаго отверстія ani палецъ встрѣтилъ пленчатую перегородку съ узкимъ отверстіемъ въ срединѣ; конецъ мизинца съ трудомъ входилъ въ это отверстіе и ущемлялся въ немъ,

при чемъ получалось ощущеніе точно палецъ перетянутъ тонкимъ, но крѣпкимъ резиновымъ шнуркомъ; подобное изслѣдованіе причиняло ребенку сильную боль.

Дѣло шло слѣдовательно о врожденномъ суженіи прямой кишки, вслѣдствіе неполнаго исчезанія перегородки, образующейся въ извѣстномъ періодѣ жизни плода при развитіи прямой кишки. Пока ребенокъ былъ при груди, испражненія его были настолько жидки, что проходили чрезъ узкое отверстіе хотя и не совсѣмъ свободно; послѣ же отнятія отъ груди испраженія сдѣлались нѣсколько плотнѣе, и вліяніе перегородки не замедлило проявиться упорнѣйшимъ запоромъ.

Въ другомъ случаѣ, у ребенка нѣсколькихъ недѣль отъ роду, испражненія хотя и выходили нѣсколько разъ въ день, но всегда очень маленькими порціями и съ жиленіемъ. Цвѣтъ и консистенція испражненій представлялись совсѣмъ нормальными, примѣси слизи не было. Въ этомъ случаѣ суженіе касалось самаго anus'а, который благодаря складкѣ слизистой оболочки, занимавшей передній сегментъ его, былъ такъ узокъ, что съ трудомъ пропускалъ обыкновенный катетеръ.

У дѣтей, отнятыхъ отъ груди или у рожковыхъ, а также у дѣтей старшаго возраста изслѣдованіе пальцемъ открываетъ иногда причину запора въ присутствіи объемистыхъ сухихъ комковъ надъ самымъ anus'омъ, которые, несмотря на сильное жиленіе, не могутъ пройти черезъ наружное отверстіе прямой кишки только благодаря своей несоразмѣрно большой величинѣ. Понятно, что въ подобныхъ случаяхъ клистиры совсѣмъ не примѣнимы, такъ какъ наконечникъ инструмента сейчасъ же закуприваетcя испражненіемъ, да и слабительные не ведутъ къ цѣли до тѣхъ поръ пока каловыя массы не будутъ удалены посредствомъ обыкновенной кофейной ложечки или просто пальцемъ.

Если ребенокъ, постоянно страдавшій запоромъ у одной кормилицы, избавляется отъ него при перемѣнѣ послѣдней, то мы можемъ съ увѣренностью предполагать причину запора въ *свойствахъ молока*. Въ чемъ именно состоятъ эти свойства, мы не знаемъ, и предполагаемъ его или въ недостаткѣ жира, или въ избыткѣ казеина. Подобное молоко, извѣстное публикѣ подъ именемъ *тяжелаго молока,* встрѣчается иногда у женщинъ, страдающихъ привычнымъ запоромъ, а также у откормившихъ (старое молоко) и пожилыхъ. Причиной запора можетъ послужить *недостатокъ молока* или очень *жидкое молоко*. Въ обоихъ этихъ случаяхъ ребенокъ хронически голодаетъ, т.-е. мало прибавляется въ вѣсѣ, худѣетъ и страдаетъ запоромъ отъ недостатка матаріала для образованія кала.

Кромѣ похуданія, характерно для подобнаго запора еще безпокойство ребенка (онъ много кричитъ отъ голода) и рѣдкое мочеиспусканіе. Такъ какъ вѣсы въ нашихъ дѣтскихъ встрѣчаются крайне

рѣдко, а медленно идущее похуданіе замѣтить простымъ глазомъ не легко, то въ практикѣ случается чрезвычайно часто, что безпрестанный крикъ ребенка приписывается коликамъ и сообразно этому лѣчится различными лѣкарствами. Если въ виду отсутствія срыгиванія, рѣдкаго мочеиспусканія и запора (вмѣсто диспептическаго стула) можно предполагать причину крика въ недостаткѣ молока, то убѣдиться въ справедливости этого предположенія очень легко: стоитъ только покормить ребенка коровьимъ молокомъ, и онъ сразу успокоится на нѣсколько часовъ. Впрочемъ, доказать, что у кормилицы мало молока, не трудно и безъ помощи вѣсовъ. Если молока вполнѣ достаточно, то тотчасъ послѣ того, какъ ребенокъ пососалъ, изъ ссосанной груди при сдавленіи ея рукой, молоко должно брызгать въ нѣсколько струй, въ противномъ же случаѣ, т.-е. если молоко выдавливается лишь по каплямъ, то его значитъ мало.

Нерѣдкой причиной запора бываетъ *прикармливаніе дѣтей крахмалистыми веществами,* которыя въ первые мѣсяцы жизни совсѣмъ не перевариваются, а въ испражненіяхъ встрѣчается тогда масса крахмала, не перешедшаго въ кишкахъ въ декстринъ и сахаръ. Запоръ, обусловленный этой причиной, быстро уступаетъ соотвѣтственной діэтѣ.

У рожковыхъ дѣтей, а также у дѣтей, только что отнятыхъ отъ груди, самой обыкновенной причиной упорнѣйшаго запора надо считать *чрезмѣрное употребленіе коровьяго молока.* Запоръ въ такомъ случаѣ характеризуется появленіемъ слабо окрашенныхъ, иногда совсѣмъ бѣлыхъ, какъ при катарральной желтухѣ, плотныхъ и даже совсѣмъ сухихъ испражненій, по своему виду напоминающихъ творогъ.

Изъ анамнеза выясняется, что ребенокъ выпиваетъ въ сутки до 8—10 стакановъ молока; въ практическомъ отношеніи весьма важно отмѣтить, что такія громадныя количества молока употребляются дѣтьми лишь при томъ условіи, что молоко дается имъ не только какъ пища, но и какъ питье и притомъ и днемъ и ночью. Кромѣ молока, иной ребенокъ буквально ничего не ѣстъ и не пьетъ. При лѣченіи подобныхъ запоровъ нѣтъ никакой надобности въ абсолютномъ воздержаніи отъ молока; совершенно достаточно запретить его употребленіе въ качествѣ питья, *особенно ночью,* и тѣмъ самымъ количество поглощаемаго ребенкомъ молока спустится стакановъ до 3—4, аппетитъ улучшится, онъ будетъ ѣсть и другую пищу, и цѣль лѣченія будетъ вполнѣ достигнута одной этой мѣрой, а вмѣстѣ съ тѣмъ вполнѣ подтвердится и правильность распознаванія. Если ребенокъ слишкомъ малъ, чтобъ кормиться разнообрзной

пищей, а между тѣмъ запоръ при бѣлыхъ испражненіяхъ продолжается, несмотря на уменьшеніе пріемовъ молока, то слѣдуетъ давать его не иначе, какъ разведеннымъ наполовину отварной водой.

Послѣ двухъ лѣтъ запоръ встрѣчается ужъ значительно рѣже подъ вліяніемъ болѣе разнообразной пищи. Вмѣстѣ съ потерей аппетита привычный запоръ является обычнымъ спутникомъ малокровія (см. стран. 69); въ другихъ случаяхъ онъ сопровождается симптомами хроническаго катарра желудка или обусловливается исключительнымъ употребленіемъ сухой пищи (въ бѣдномъ классѣ общества — хлѣба и картофеля).

Нерѣдко запоръ развивается у дѣтей непосредственно послѣ прекратившагося (излѣченнаго) хроническаго поноса. Запоръ въ такихъ случаяхъ бываетъ или временный, исчезающій черезъ нѣсколько недѣль самъ собой, или постоянный. Послѣдній слѣдуетъ именно послѣ тяжелой дизентеріи и обусловливается присутствіемъ въ толстыхъ кишкахъ и особенно въ прямой — рубцовыхъ перемычекъ, суживающихъ просвѣтъ кишки.

У дѣтей отъ года до трехъ лѣтъ встрѣчается еще характерная форма запора, типическая черта которой состоитъ въ томъ, что *ребенокъ боится стула,* такъ какъ актъ дефекаціи причиняетъ ему страшную боль. Ребенокъ всячески старается отдалить этотъ актъ; будучи посаженъ на стулъ, вскакиваетъ съ него, плачетъ и т. п. Подобный запоръ почти всегда зависитъ отъ *трещины задняго прохода* — fissura ani. Чтобы убѣдиться въ этомъ, надо только раздвинуть ягодицы ребенка и осмотрѣть его anus. Трещинка сидитъ обыкновенно въ мѣстѣ перехода слизистой оболочки въ кожу, располагаясь по направленію одной изъ лучистыхъ складокъ, окружающихъ заднепроходное отверстіе.

Болѣзни, выражающіяся упорнымъ запоромъ и рвотой.

Непроходимость кишокъ, ileus s. volvulus, отъ какой бы то ни было причины, всегда выражается упорнымъ *запоромъ, неукротимой рвотой* (сначала желчью, а потомъ, можетъ быть, и каломъ) и вскорѣ развивающимся *метеоризмомъ,* а потомъ упадкомъ дѣятельности сердца и смертельнымъ колляпсомъ, если препятствіе не будетъ устранено.

Причины непроходимости кишокъ въ дѣтскомъ возрастѣ далеко не такъ разнообразны, какъ у людей взрослыхъ, а потому и діагностика сравнительно легче.

У новорожденныхъ непроходимость кишечнаго канала обусловливается исключительно лишь врожденными пороками образованія и всего чаще зависитъ отъ заращенія задняго прохода, и гораздо рѣже отъ облитераціи просвѣта тонкихъ кишокъ. Узнать непроходимость задняго прохода не трудно. Поводомъ къ обслѣдованію его служитъ задержка меконіума и упорная рвота. Если заращеніе касается задняго прохода, то діагностика выясняется простымъ осмотромъ, и вопросъ можетъ итти лишь о томъ, на какой высотѣ оканчивается слѣпой конецъ прямой кишки. Чтобъ судить объ этомъ, на промежность ребенка кладутъ ладонь и по степени выпячиванія промежности въ мѣстѣ предполагаемаго anus'а во время крика заключаютъ о толщинѣ слоя, отдѣляющаго кожу отъ слѣпого конца кишки; въ легкихъ случаяхъ, напр. когда вся прямая кишка развита правильно и только на мѣстѣ задняго прохода находится перепонка, выпячиваніе при крикѣ легко замѣтить и глазомъ.

Если прямая кишка открывается въ мочевой пузырь, то это узнается по примѣси меконіума къ мочѣ.

Если припадки непроходимости кишокъ у новорожденнаго появляются при нормально сформированномъ anus'ѣ, то опредѣленіе мѣста закрытія просвѣта кишки производится введеннымъ пальцемъ или зондомъ, а если прямая кишка оказывается проходимой, то мѣсто заращенія приходится предполагать въ тонкихъ кишкахъ (облитерація толстыхъ кишокъ встрѣчается гораздо рѣже). Въ случаѣ непроходимости 12-перстной кишки животъ остается совсѣмъ невздутымъ.

Непроходимость кишокъ у дѣтей старшаго возраста довольно рѣдко обусловливается **ущемленіемъ паховой грыжи** и еще рѣже *пупочной грыжи*. Узнать ущемленную грыжу не трудно, такъ какъ при явленіяхъ непроходимости кишокъ, въ видѣ быстро увеличивающагося метеоризма, коликообразныхъ болей живота, рвоты, запора, упадка силъ, похолоданія конечностей, осунувшагося лица и проч. замѣчаются и мѣстные симптомы со стороны грыжи: она *не можетъ быть вправлена* (тогда какъ до сихъ поръ легко вправлялась); грыжевая опухоль постепенно все болѣе и болѣе *напрягается* и вмѣстѣ съ тѣмъ появляется значительная *болѣзненность при давленіи* на опухоль, особенно около ущемляющаго кольца и выше его.

Картину ущемленной паховой грыжи въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ симулировать **яичко, ущемленное въ паховомъ каналѣ**. Больной жалуется на боль въ паху (маленькія дѣти заявляютъ о ней просто громкимъ крикомъ и безпокойнымъ положеніемъ въ постели); при

изслѣдованіи оказывается въ области пахового отверстія упругая, гладкая, напряженная, шарообразная *опухоль, весьма болѣзненная при давленіи;* обыкновенно бываетъ при этомъ и рвота; опухоль не можетъ быть вправлена; словомъ сходство съ ущемленной грыжей несомнѣнно есть. Ущемленное яичко отличается отъ грыжи, во 1-хъ, отсутствіемъ прогрессивно увеличивающагося метеоризма и во 2-хъ, тѣмъ, что изслѣдованіе мошонки доказываетъ отсутствіе яичка на сторонѣ опухоли (monorchismus).

Далѣе, непроходимость кишокъ можетъ быть обусловлена, помимо рѣдко встрѣчающагося внутренняго ущемленія или перекручиванія кишокъ, **скопленіемъ** въ кишкахъ инородныхъ тѣлъ, въ видѣ напр. вишневыхъ косточекъ, клубка аскаридъ, а всего чаще **комковъ кала.** Эта послѣдняя причина непроходимости кишокъ представляетъ для практическаго врача особый интересъ не только потому, что она встрѣчается сравнительно нерѣдко, но еще и потому, что она доступна діагностикѣ и устранима. Дѣло въ томъ, что комки твердаго кала скопляются не иначе, какъ въ нижнемъ отдѣлѣ толстой кишки и въ прямой и потому весьма легко доступны пальцу, введенному въ anus. При этой формѣ кишечной непроходимости, такъ какъ препятствіе находится внизу, обязательно вздувается весь животъ, а такъ какъ брюшина при этомъ не заинтересована, то рвота бываетъ не такъ упорна, какъ напр. при инвагинаціи, и явленія колляпса (слабый пульсъ, осунувшееся лицо и проч.) наступаютъ сравнительно поздно.

Другая форма кишечной непроходимости, отличающаяся характерными признаками и потому въ большинствѣ случаевъ доступная діагностикѣ, обусловливается **внѣдреніемъ** *одной части* **кишки** въ сосѣднюю *нижележащую — intussusceptio* s. invaginatio. Смотря по мѣсту образованія инвагинаціи, паталого-анатомы отличаютъ invag. ileo-coecalis, iliacam, colicam и ileo-colicam, но такъ какъ отличить эти формы у постели больного рѣдко бываетъ возможно, то для клинициста подобное дѣленіе не особенно важно; довольно сказать, что по большей части приходится имѣть дѣло съ внѣдреніемъ тонкой кишки въ толстую (invag. ileo-coecalis и ileo-colica).

Это страданіе всего чаще встрѣчается у дѣтей *на первомъ году жизни.* Процессъ инвагинаціи обозначается большею частью *внезапной болью живота, упорной рвотой* и *запоромъ.* Сначала рветъ остатками пищи, потомъ просто слизистой жидкостью, съ примѣсью желчи, а иногда и кала; впрочемъ, до каловой рвоты дѣло доходитъ у дѣтей далеко не всегда, они не доживаютъ до этого. Осо-

бенно характерно для инвагинаціи появленіе на первыя же сутки (у взрослыхъ позднѣе) *частыхъ, слизисто-кровянистыхъ испражненій или чистой крови* въ сопровожденіи *тенезмовъ* прямой кишки. Чѣмъ ниже спускается инвагинированная часть, тѣмъ сильнѣе тенезмы и тѣмъ чаще показывается кровянистый стулъ. Небольшая примѣсь кала въ первое время нисколько не уменьшаетъ значенія этого симптома, такъ какъ калъ можетъ находиться въ частяхъ кишки, лежащихъ ниже внѣдренія, да кромѣ того полное закрытіе просвѣта кишокъ не всегда наступаетъ сразу въ моментъ образованія инвагинаціи, а только позднѣе, когда вслѣдствіе ущемленія внѣдренной части наступаетъ воспалительное набуханіе ея стѣнокъ, преимущественно брюшиннаго покрова и слизистой оболочки. Съ другой стороны, слѣдуетъ имѣть въ виду и то обстоятельство, что если въ процессѣ инвагинаціи толстая кишка не заинтересована (inv. iliaca), то кровяныхъ испражненій можетъ и не быть, а потому отсутствіе ихъ не исключаетъ инвагинаціи, особенно же, въ случаѣ существованія другого патогномоничнаго симптома для этого страданія, именно, если чрезъ брюшные покровы удается прощупать въ томъ или въ другомъ мѣстѣ живота *опухоль колбасообразной формы* съ гладкой поверхностью и слегка подвижной; величина опухоли зависитъ отъ величины внѣдренія, которое ее обусловливаетъ. Къ сожалѣнію, признакъ этотъ нерѣдко отсутствуетъ, а если и бываетъ, то только вначалѣ, такъ какъ позднѣе онъ замаскировывается значительнымъ напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ вслѣдствіе метеоризма, необходимо наступающаго при непроходимости кишокъ и прогрессирующаго съ каждымъ днемъ. Въ этомъ періодѣ внѣдренную часть кишки можно прощупать только въ томъ случаѣ, если она спускается до прямой кишки. Палецъ, введенный in rectum, получаетъ въ такомъ случаѣ ощущеніе какъ бы рыльца матки и шейки ея, которую можно обвести.

Боли живота вначалѣ отличаются пароксизмообразнымъ характеромъ, но позднѣе, когда въ мѣстѣ внѣдренія возбуждается воспаленіе брюшины, быстро распространяющееся на сосѣднія части, боль живота дѣлается постоянной и особенно усиливается при давленіи. Одновременно съ этимъ появляется и лихорадочное состояніе, котораго вначалѣ не бываетъ, но явленія коляпса, въ видѣ блѣднаго, осунувшагося лица, нитевиднаго пульса, похолоданія конечностей и проч. наступаютъ очень рано. Смертельный исходъ наступаетъ приблизительно отъ 4 до 10 дня. Выздоровленіе, путемъ самопроизвольнаго выправленія внѣдренной кишки въ первые дни

заболѣванія или посредствомъ гангренознаго отдѣленія ущемленной части по прошествіи многихъ недѣль, принадлежитъ къ рѣдкостямъ.

Итакъ, отъ другихъ формъ непроходимости кишокъ инвагинація отличается присутствіемъ въ животѣ колбасообразной опухоли и кровянистымъ styломъ. Правда, подобная же опухоль можетъ встрѣтиться еще и при каловой непроходимости, но въ этомъ случаѣ, такъ же какъ и при невозможности прощупать инвагинированную часть, діагностика имѣетъ достаточно основаній въ кровавомъ стулѣ, Впрочемъ, смѣшать инвагинацію съ непроходимостью кишокъ отъ скопленія кала или вообще отъ инородныхъ тѣлъ ужъ потому трудно, что инвагинація почти исключительно наблюдается у грудныхъ дѣтей, у которыхъ закупорка кишечника каломъ и проч. почти что не встрѣчается.

Въ виду сильныхъ тенезмовъ и частыхъ кровянистыхъ испражненій, можно бы принять инвагинацію за обыкновенный кровавый поносъ, но послѣдній никогда не начинается внезапной болью живота и не сопровождается *упорной рвотой;* метеоризма при немъ тоже не бываетъ, а напротивъ того *животъ вваливается.*

Если внѣдреніе кишокъ повело къ воспаленію брюшины, то узнать это осложненіе легко по чрезвычайной болѣзненности живота къ давленію, но не всегда легко сказать, отчего развилась peritonitis; если врачъ не видалъ начала болѣзни, то ему остается только одно средство, это тщательный анамнезъ; обыкновенно удается констатировать, что припадки внѣдренія существовали за нѣсколько дней до появленія болѣзненности живота.

Prolapsus recti едва ли можетъ быть смѣшанъ съ выходомъ per anum внѣдренной кишки, потому что палецъ введенный между краемъ задняго прохода и выпавшей частью recti въ 1-мъ случаѣ скоро упирается въ препятствіе, представляемое загибомъ стѣнки кишки.

По мнѣнію Englisch'a (Jahrb. f. Kinder. VIII. S. 79.), припадки непроходимости кишокъ могутъ быть обусловлены *растяженіемъ мочевого пузыря;* по его наблюденіямъ оказывается, что вслѣдствіе узкости малаго таза у дѣтей, достаточно ужъ небольшого переполненія пузыря для полнаго сдавленія прямой кишки и слѣдовательно для появленія припадковъ кишечной непроходимости; въ доказательство справедливости этого онъ приводитъ два случая (одинъ съ аутопсіей) и на основаніи ихъ высказывается за то, что нѣкоторые случаи ileus'a у дѣтей были случаями задержанія мочи.

Упорная рвота и запоръ при боляхъ живота, метеоризмѣ и явленіяхъ коллапса встрѣчается еще при воспаленіяхъ слѣпой кишки и брюшины.

Воспаленіе брюшиннаго покрова слѣпой кишки — *perityphlitis* у грудныхъ дѣтей встрѣчается крайне рѣдко; обыкновенно же у дѣтей отъ 5 до 10 лѣтъ, наклонныхъ къ запору. Болѣзнь эта, хотя и начинается болью живота, но никогда такъ внезапно, среди полнаго здоровья, какъ это свойственно инвагинаціи; напротивъ того, въ большинствѣ случаевъ ей предшествуютъ предвѣстники въ видѣ разстройства пищеваренія, временныхъ, схваткообразныхъ болей живота, потери аппетита и запора. Самымъ лучшимъ основаніемъ для діагностики служитъ мѣсто и характеръ боли. Болѣзненность появляется прежде всего въ *области слѣпой кишки* и *усиливается при давленіи*. Одновременно съ болью или вскорѣ послѣ нея появляется *лихорадочное состояніе* и *рвота,* большею частью повторная и потому подъ конецъ желчная, а иногда даже и каловая; раньше существовавшій *запоръ* продолжается и теперь. Вскорѣ, напр. на 2—3-й день, въ правой подздошной области, въ мѣстѣ, какъ разъ соотвѣтствующемъ слѣпой кишкѣ, удается прощупать въ животѣ ограниченное затвердѣніе въ видѣ неподвижной *опухоли, весьма болѣзненной при давленіи*. Болѣзнь кончается или постепеннымъ разрѣшеніемъ при медленномъ ослабленіи всѣхъ припадковъ или даетъ поводъ къ развитію общаго перитонита, по большей части смертельнаго, или, наконецъ, процессъ заканчивается образованіемъ гнойника въ области слѣпой кишки.

Всѣхъ этихъ симптомовъ вполнѣ достаточно для правильнаго распознаванія; отъ инвагинаціи мы имѣемъ рѣзкія отличія въ отсутствіи кроваваго стула, въ характерѣ боли (съ самаго начала болѣзни боль воспалительнаго происхожденія, т.-е. усиливается при давленіи) и въ лихорадочномъ состояніи. Что касается до запора, то это явленіе не принадлежитъ къ числу обязательныхъ при перитифлитѣ, такъ какъ при немъ бываетъ иногда и поносъ.

При дифференціальной діагностикѣ перитифлита надо имѣть въ виду еще *typhlitis stercoralis* (воспаленіе слѣпой кишки), когда отъ скопленія каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ появляется тоже продолговатой формы опухоль въ этомъ мѣстѣ, боль живота, рвота, метеоризмъ, запоръ и лихорадочное состояніе, съ тою однако разницей, что такъ какъ брюшинный покровъ кишки еще не воспаленъ (иначе это было бы ужъ perityphlitis), то боль при давленіи невелика; характерно далѣе и то, что послѣ обильнаго стула, вслѣдствіе слабительнаго или клистира, наступаетъ быстрое облегченіе всѣхъ припадковъ. Впрочемъ, провести рѣзкую границу между тифлитомъ и перитифлитомъ нельзя, не даромъ же нѣкоторые

авторы, напр., Barthez и Sanné (Tr. cl. et prat. d. maladies d. enf. T. II, p. 473), считаютъ ихъ за различныя степени одной и той же болѣзни.

При воспаленіи musc. psoas (psoitis) тоже бываетъ болѣзненная при давленіи и неподвижная опухоль въ области fossae iliacae и лихорадочное состояніе, но, именно помимо отсутствія явленій со стороны желудка и брюшины (нѣтъ рвоты и боли при давленіи на животъ, за исключеніемъ только ограниченнаго мѣста, соотвѣтствующаго уплотнѣнію), діагностика основывается и на мѣстѣ, занимаемомъ опухолью: при psoitis она прощупывается in fossa iliaca и распространяется нерѣдко на верхнюю треть внутренной поверхности бедра (область trochanteris minor), а при perityphlitis въ области слѣпой кишки, т.-е. нѣсколько выше и болѣе кнаружи. При psoitis бедро на больной сторонѣ всегда остается неподвижнымъ, а при пораженіи слѣпой кишки этотъ симптомъ наблюдается лишь при распространеніи воспаленія на клѣтчатку, находящуюся на задней поверхности кишки — *paratyphlitis*.

Острое воспаленіе брюшины — *peritonitis acuta* выражается такими рѣзкими симптомами, что узнается легко. Самымъ характернымъ признакомъ является *сильная боль во всемъ животѣ*, увеличивающаяся при малѣйшемъ давленіи, а также при движеніи, кашлѣ и др. условіяхъ, сопровождающихся дѣйствіемъ брюшного пресса, а потому больной поневолѣ лежитъ неподвижно на спинѣ съ слегка согнутыми ногами и буквально не позволяетъ дотронуться до живота. Одновременно съ болью появляется сильное *лихорадочное состояніе* (до 40°/₀), упорная *рвота и запоръ,* при сильно *вздутомъ* (особенно подымается діафрагма) и *напряженномъ* животѣ.

Подъ вліяніемъ раздраженія брюшины и частой рвоты скоро развивается коллапсъ (нитевидный пульсъ, осунувшееся лицо, похолоданіе конечностей).

Большое сходство съ перитонитомъ могутъ представить *гимнастическія боли въ брюшныхъ мышцахъ*. Когда дѣти начинаютъ заниматься гимнастикой, то въ первые дни они часто жалуются на боль живота, и именно подъ ложечкой или между пупкомъ и лобкомъ. При изслѣдованіи оказывается, что боль эта локализируется въ прямыхъ мышцахъ живота и характеризуется тѣмъ, что усиливается при давленіи на эти мышцы и при нѣкоторыхъ движеніяхъ, при которыхъ принимаютъ участіе mm. recti abd. Подобныя же боли встрѣчаются у дѣтей и при коклюшѣ, отъ напряженія мышцъ во время кашля.

Эти легкія боли не представляютъ затрудненій для діагностики, но другое дѣло въ случаяхъ тяжелыхъ. Боли распространяются тогда на весь животъ и отличаются перитонитическимъ характеромъ, т.-е. они усиливаются при самомъ легкомъ давленіи и принуждаютъ больного къ неподвижному лежанію на спинѣ. Вмѣстѣ съ болями являются и другіе симптомы перитонита, каковы: рвота, запоръ, высокое стояніе діафрагмы и лихорадочное состояніе, такъ что въ первый день заболѣванія діагностика дѣйствительно затруднительна. Однако ужъ и въ это время есть кой-какія отличія: во 1-хъ, пульсъ остается полнымъ и не очень учащеннымъ и нѣтъ другихъ признаковъ колляпса, во 2-хъ, лихорадочное состояніе не подымается выше 38, 5, въ 3-хъ, наконецъ, можно найти въ анамнезѣ указанія на перенапряженіе мышцъ. Такъ напр. въ случаѣ, описанномъ мною въ январской книжкѣ Медиц. Обозр. за 1880 годъ, мальчикъ 10 лѣтъ заболѣлъ упомянутыми припадками послѣ того, какъ долго занимался разными штуками, выполненіе которыхъ требовало напряженной дѣятельности мышцъ брюшной стѣнки и главнымъ образомъ прямыхъ; онъ, напр., садился верхомъ на горничную, обхватывалъ ея талію ногами и потомъ перегибался внизъ головой до полу и снова подымался.

Дальнѣйшимъ теченіемъ дѣло совсѣмъ выясняется, такъ какъ при покойномъ положеніи больного, гимнастическій міозитъ проходитъ очень скоро: дня черезъ два, много черезъ три, рвота и лихорадочное состояніе исчезаютъ, а боль живота сосредоточивается въ прямыхъ мышцахъ живота, въ особенности въ нижнихъ частяхъ, и къ концу недѣли почти совсѣмъ проходитъ.

Семіотика боли живота.

Боль живота, подобно головной боли, принадлежитъ къ числу самыхъ неопредѣленныхъ симптомовъ, такъ какъ причины ея могутъ быть крайне разнообразны. Въ этой главѣ я буду говорить только о боляхъ живота у тѣтей старшаго возраста, т.-е. у такихъ, которыя могутъ давать отчетъ въ своихъ ощущеніяхъ.

Имѣя дѣло съ ребенкомъ, жалующимся на боль живота, прежде всего приходится рѣшить вопросъ о мѣстѣ боли, т.-е. узнать, локализируется ли она въ брюшной стѣнкѣ или въ какомъ-нибудь изъ внутреннихъ органовъ.

Боль въ брюшной стѣнкѣ можетъ быть: 1) въ кожѣ живота, 2) въ мышцахъ и апойнерозахъ и 3) въ брюшинѣ.

Я не буду говорить о *воспалительной боли кожи* (рожа, чирьи и проч.), такъ какъ причина боли въ подобныхъ случаяхъ ясна, и перехожу къ

Гиперестезіи кожи живота. Больной жалуется на боль живота, которая значительно усиливается при всякомъ, хотя бы и легкомъ, давленіи на животъ и въ этомъ отношеніи похожа на боль при воспаленіи брюшины, за каковую и принимается иногда, въ особенности въ томъ случаѣ, если появляется въ теченіе болѣзни, могущей вызвать перитонитъ въ качествѣ осложненія, какъ напр., тифъ, во время котораго гиперестезія кожи живота принадлежитъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ симптомовъ. Избѣгнуть ошибки не трудно; діагностика основывается, во 1-хъ, на признакахъ, свойственныхъ гиперестезіямъ кожи вообще и, во 2-хъ, на отсутствіи другихъ симптомовъ перитонита.

Гиперестезія кожи характеризуется, во 1-хъ, обширнымъ распространеніемъ. При тифѣ, напр., легко констатировать, что боль отнюдь не ограничивается животомъ только, но распространяется и на бедра, и на грудную клѣтку: больной одинаково реагируетъ искаженіемъ чертъ лица и оханьемъ, какъ при давленіи на животъ, такъ и на внутреннюю поверхность бедръ. Во 2-хъ, тѣмъ, что болѣе сильное давленіе причиняетъ не бóльшую боль, чѣмъ давленіе легкое, при чемъ боль будетъ одинаково сильна, давить ли прямо въ стѣнку живота или только *на кожу, поднятую въ складку.* Въ 3-хъ, тѣмъ, что въ теченіе продолжительнаго времени, при тифѣ напр. нѣсколько дней подъ рядъ, боль остается въ одномъ и томъ же состояніи, и никакихъ новыхъ симптомовъ, свойственныхъ перитониту, не появляется.

Кромѣ тифа, подобныя боли отъ гиперестезіи кожи живота и другихъ мѣстъ встрѣчаются еще при менингитахъ (въ особенности церебро-спинальномъ) и при другихъ сильно лихорадочныхъ процессахъ, а также и при общей нервности, особенно у дѣвочекъ въ періодѣ полового развитія.

Гиперестезія кожи при тифѣ, будучи слишкомъ рѣзко выражена, можетъ ввести врача въ заблужденіе и заставить его предположить менингитъ тамъ, гдѣ его вовсе нѣтъ, какъ было это и съ нами въ одномъ случаѣ у 7-лѣтней дѣвочки, поступившей въ больницу на 5-й день болѣзни съ лихорадочнымъ состояніемъ до 40,2 съ опухолью селезенки, въ безсознательномъ состояніи и съ сведеніемъ затылка. Общая гиперестезія кожи живота была выражена такъ рѣзко, что всякій разъ при собираніи кожи въ складку,

больная, находившаяся въ безсознательномъ состояніи, вскрикивала. Въ виду этого симптома, а также сведеннаго затылка и бурнаго теченія болѣзни, была поставлена діагностика цереброспинальнаго менингита, несмотря на очень большую и болѣзненную селезенку, частый пульсъ (152 при t. 40,8) и отсутствіе начальной рвоты. Смерть на 9-й день. При вскрытіи: свѣжая опухоль селезенки и припуханіе Пейеровыхъ бляшекъ (словомъ, явленія тифа) и ни слѣда воспалительныхъ измѣненій въ оболочкахъ мозга.

Болѣзни въ мышцахъ и апонейрозахъ живота бываютъ отъ двухъ причинъ: 1) отъ простуды — ревматизмъ мышцъ живота и 2) отъ гимнастики. Первыя встрѣчаются крайне рѣдко, и на основаніи личнаго опыта я бы ничего не могъ сказать о нихъ; Bamberger указываетъ на то, что ревматическія боли брюшныхъ мышцъ могутъ симулировать перитонитъ. Вѣроятно, картина болѣзни похожа на ту, что наблюдается при мышечныхъ боляхъ отъ гимнастики о которыхъ была рѣчь въ одной изъ предыдущихъ главъ (стр. 133).

Боль въ брюшинѣ при воспаленіяхъ ея принадлежитъ къ числу самыхъ сильныхъ болей живота. Она характеризуется, во 1-хъ, своимъ постоянствомъ (хотя временами усиливается схваткообразно, подъ вліяніемъ перистальтики кишокъ), во 2-хъ, тѣмъ, что усиливается даже при самомъ легкомъ давленіи на животъ, въ 3-хъ, что всегда сопровождается значительнымъ напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ, и въ 4-хъ, что ей сопутствуютъ другіе симптомы перитонита, именно: рвота, запоръ и метеоризмъ. Распространеніе боли зависитъ отъ обширности воспаленія: при общемъ перитонитѣ болѣзненъ весь животъ, при мѣстномъ боль ограничивается небольшимъ пространствомъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ мѣстный перитонитъ всего чаще выражается болями въ области слѣпой кишки — perityphlitis (стр. 132).

При хроническомъ перитонитѣ боль отступаетъ на второй планъ, а потому о немъ будетъ сказано въ другомъ мѣстѣ (глава объ увеличеніи живота).

Боли въ кишкахъ — enteralgia s. colica характеризуются тѣмъ, что появляются въ видѣ *пароксизмовъ*, отдѣленныхъ свободными промежутками, боль *не усиливается отъ давленія* и протекаетъ *безъ лихорадки*. Легкій приступъ коликъ не вызываетъ никакихъ объективныхъ явленій и можетъ быть узнанъ только по жалобѣ больного. Если же боль сильна, то больной не только стонетъ отъ боли и искажаетъ болѣзненно лицо, но представляетъ похолоданіе конечностей, клейкій потъ на лбу, малый пульсъ и нахо-

дится въ безпрерывномъ безпокойствѣ; часто при этомъ является рвота. Смотря по причинѣ и по случаю, приступъ продолжается отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ.

Колики могутъ зависѣть или 1) отъ заболѣванія кишокъ, или 2) отъ раздраженія ихъ содержимымъ, или 3) отъ пораженія нервовъ живота, или, наконецъ, 4) отъ раздраженія сосѣднихъ органовъ.

1) *Колики,* зависящія *отъ катарра тонкихъ кишокъ,* принадлежатъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ. Приступъ схваткообразной боли предшествуетъ обыкновенно поносному испражненію, и потому причина боли легко узнается. Если колика зависитъ отъ катарра толстыхъ кишокъ или дизентеріи, то повторяется значительно чаще и сопровождается тенезмами прямой кишки и слизистымъ стуломъ.

Къ этой же категоріи относятся сильныя боли живота, сопровождающія непроходимость кишокъ, напр. при интуссусцепціи (стр. 129), а также колики, встрѣчающіяся иногда при пурпурѣ (см. болѣзни кожи съ кровоизліяніями въ нее) и зависящія вѣроятно отъ кровоизліяній въ стѣнкахъ кишекъ.

2) Ко второй группѣ относятся боли живота *отъ трудноваримой пищи,* напр. кислыхъ фруктовъ (анамнезъ), отъ нѣкоторыхъ лѣкарствъ, отъ скопленія въ кишкахъ кала (запоръ, вздутіе живота, иногда удается прощупать куски кала чрезъ брюшную стѣнку; боль быстро прекращается послѣ устраненія причины посредствомъ клистира или слабительнаго) и отъ глистъ. Предполагать колику отъ глистъ можно въ томъ случаѣ, если хроническія боли живота повторяются у ребенка преимущественно по утрамъ, натощакъ и сопровождаются иногда тошнотой, несмотря на хорошій аппетитъ, правильный стулъ и вообще полное отсутствіе симптомовъ катарра желудка и кишокъ; вѣроятность еще больше, если у ребенка уже выходили прежде аскариды или членики солитера или если въ испражненіяхъ удается открыть присутствіе яичекъ глистъ; съ полной увѣренностью можно считать глистъ за причину болей живота въ томъ случаѣ, если съ изгнаніемъ паразитовъ боль совсѣмъ прекращается.

3) *Нервную боль въ кишкахъ* мы предполагаемъ въ томъ случаѣ, если не можемъ найти для нея причины ни въ болѣзняхъ кишокъ (нормальный стулъ, хорошій аппетитъ), ни въ погрѣшностяхъ діэты (боли не усиливаются отъ грубой пищи и не уменьшаются при самой строгой діэтѣ), ни въ глистахъ (сантонинъ не изгоняетъ аскаридъ; въ калѣ нѣтъ ни яичекъ глистъ, ни члениковъ солитера), ни въ раздраженіи сосѣднихъ органовъ. Интенсивность боли сама по

себѣ не даетъ точекъ опоры для діагностики, такъ какъ въ однихъ случаяхъ она бываетъ очень умѣренная и даже легкая, въ другихъ очень сильная, что зависитъ отчасти отъ причины, вызывающей боль, а причины эти бываютъ разнообразны, а именно:

а) *Воспаленіе позвонковъ* — изслѣдованіе спины открываетъ либо начало спондилита (въ видѣ невозможности сгибанія спины или болѣзненности при давленіи того или другого позвонка), либо вполнѣ выраженный Поттовъ горбъ.

б) *Отравленіе свинцомъ* — сѣрая кайма на деснахъ, упорные запоры, не уступающіе обыкновеннымъ средствамъ, при плоскомъ или втянутомъ и тугомъ животѣ; мочи мало, она высокаго удѣльнаго вѣса и насыщена; анамнезъ.

в) *Общая нервность* — нервныя боли живота, зависящія отъ этой причины, наблюдаются почти исключительно у дѣвочекъ-подростковъ, бросающихся въ глаза своей блѣдностью; обыкновенно онѣ худощавы, почти ничего не ѣдятъ, наклонны къ запорамъ, но приступы болей являются у нихъ независимо отъ того, давно ли былъ у нихъ стулъ или нѣтъ; боли повторяются въ разное время дня натощакъ или послѣ ѣды то ежедневно, то раза 2—3 въ недѣлю.

г) *Болотная лихорадка* несомнѣнно можетъ быть причиной правильно возвращающихся болей живота, нервная натура которыхъ выражается въ полной независимости ихъ отъ времени пріемовъ и качества пищи; если приступъ боли силенъ, то онъ можетъ сопровождаться тошнотой. *Опухоли селезенки, а въ особенности повышенія температуры можетъ и не быть.* Характерно для этихъ болей, помимо періодичности появленія, еще ихъ упорство по отношенію къ опію, слабительнымъ, діэтѣ и т. п. и быстрое исчезаніе послѣ пріема хинина. Въ одномъ случаѣ, у дѣвочки 11 лѣтъ, мы наблюдали интересное чередованіе припадковъ: дѣло началось съ правильныхъ пароксизмовъ febr. quotidianae, прекратившихся послѣ назначенія хинина, но черезъ нѣсколько дней больная стала ежедневно страдать мигренями, начинавшимися около 2-хъ часовъ дня и скоро уступившими хинину; еще черезъ нѣсколько дней — періодическія боли живота, доводившія больную до слезъ.

Къ группѣ чисто нервныхъ коликъ слѣдуетъ отнести также боль живота, встрѣчающуюся иногда въ періодѣ выздоровленія отъ дифтерита и зависящую вѣроятно отъ пораженія блуждающихъ нервовъ, такъ какъ, по наблюденіямъ Suss'a (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1887 p., 289), она предшествуетъ обыкновенно внезапной смерти отъ паралича сердца и потому имѣетъ весьма дурное прогности-

ческое значеніе. Сюда же, быть можетъ, относятся очень сильныя боли живота, встрѣчающіяся иногда при пурпурѣ и при простудѣ (охлажденіе ногъ или живота).

4) Боли живота, симулирующія кишечныя колики, но зависящія *отъ раздраженія сосѣднихъ органовъ,* какъ это бываетъ при желчныхъ и почечныхъ камняхъ, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются крайне рѣдко, и такъ какъ притомъ онѣ характеризуются тѣми же признаками какъ и у взрослыхъ, то описывать ихъ мы не будемъ. Къ этой же группѣ относятся и боли живота при подвижной почкѣ, каковое страданіе, хотя и рѣдко, а все жъ таки наблюдается и у дѣтей.

Наконецъ, сюда же должна быть отнесена и отраженная боль живота, на которую такъ часто жалуются дѣти лѣтъ 4—6 при острыхъ воспаленіяхъ легкихъ и плевры. Замѣчательно, что въ этомъ возрастѣ дѣти почти никогда не жалуются на боль въ боку при pn. cruposa, а всегда локализируютъ ее въ животѣ.

Семіотика увеличенія живота.

Въ нормальномъ состояніи, т.-е. въ томъ случаѣ, если животъ не увеличенъ, но и не втянутъ, брюшныя стѣнки при положеніи больного на спинѣ должны стоять въ уровнѣ нижняго края грудной клѣтки; если же животъ возвышается надъ реберной дугой, то говорятъ, что онъ увеличенъ. Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ вздутія кишокъ газами или отъ скопленія въ полости брюшины жидкости. Отличить эти два состоянія не трудно. При метеоризмѣ животъ всюду даетъ при постукиваніи тимпаническій звукъ, тогда какъ при водянкѣ — въ *отлогихъ мѣстахъ получается тупой звукъ, мѣняющій свое мѣсто при перемѣнѣ положенія больного* (если только нѣтъ сращеній, не позволяющихъ жидкости перетекать съ одного мѣста на другое) и легко констатировать флюктуацію, если приложить къ одной сторонѣ живота ладонь руки, а по противоположной сторонѣ слегка ударять пальцами. Если брюшныя стѣнки натянуты, то отъ сотрясенія ихъ можетъ получиться ложная флюктуація при простомъ метеоризмѣ. Въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ можно руководствоваться свойствомъ волны, вызываемой поколачиваніемъ по брюшной стѣнкѣ: при скопленіи жидкости, т.-е. при настоящей флюктуаціи, можно ясно различать, что величина волны, ударяющей въ приложенную къ животу ладонь, измѣняется, смотря по тому, ударяютъ ли однимъ или кон-

цами нѣсколькихъ пальцевъ; въ первомъ случаѣ волна будетъ маленькая, во второмъ — сравнительно большая. При ложной флюктуаціи сотрясеніе брюшной стѣнки не на столько ясно, чтобъ можно было различать величину ударяющей поверхности пальцевъ.

Можно иногда получить несомнѣнную флюктуацію въ животѣ, несмотря на полное отсутствіе асцита; это бываетъ именно въ случаѣ скопленія жидкости въ какомъ-нибудь мѣшкѣ, будетъ ли то гидронефрозъ, или растянутый мочевой пузырь, или киста яичника. Во всѣхъ этихъ случаяхъ тупой звукъ не измѣняетъ своихъ границъ при перемѣнѣ положенія больного.

Растянутый мочевой пузырь узнается легко, если брюшныя стѣнки не напряжены и не жирны, такъ что черезъ нихъ удобно прощупываются границы пузыря. Если же границъ этихъ прощупать нельзя, то діагностика основывается на формѣ тупого звука, занимающаго пространство по средней линіи живота между пупкомъ и лобкомъ и заходящаго симметрично въ обѣ стороны отъ этой линіи на нѣсколько пальцевъ. Тупой звукъ этотъ не измѣняетъ своихъ границъ при перемѣнѣ положенія больного, но исчезаетъ послѣ выпущенія мочи катетеромъ.

О гидронефрозѣ и кистѣ яичника будетъ сказано въ главѣ объ опухоляхъ живота.

Вздутіе живота развивается или остро — *метеоризмъ,* или существуетъ въ хроническомъ видѣ — *тимпанитъ.*

Острый матеоризмъ въ умѣренной степенн является обычнымъ спутникомъ остраго катарра тонкихъ кишокъ и диспепсіи у грудныхъ дѣтей, а также при случайно появляющихся запорахъ. Значительныя степени метеоризма сопровождаютъ болѣе серьезныя болѣзни, каковы: непроходимость кишокъ (invaginatio) и воспаленіе брюшины, мѣстныя или общія. Діагностическое значеніе метеоризма, вообще говоря, не велико, такъ какъ въ этомъ отношеніи онъ отступаетъ на задній планъ въ виду другихъ болѣе важныхъ для распознаванія симптомовъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, онъ можетъ содѣйствовать выясненію дѣла, напр. въ сомнительныхъ формахъ тифа, напоминающихъ туберкулезный менингитъ: умѣренный метеоризмъ говоритъ въ пользу тифа, тогда какъ слегка ввалившійся животъ гораздо болѣе свойственъ менингиту.

Хроническій тимпанитъ мы встрѣчаемъ при хроническихъ заболѣваніяхъ кишечника (поносъ или запоръ), а также при хроническомъ перитонитѣ (вмѣстѣ съ асцитомъ, см. ниже) и во многихъ случаяхъ рахитизма. При нормальной дѣятельности кишокъ тимпа-

нитъ можетъ зависѣть у дѣтей отъ трудноваримой, растительной пищи, состоящей преимущественно изъ хлѣба и картофеля.

Водянка живота. Скопленіе жидкости въ животѣ можетъ быть слѣдствіемъ транссудаціи въ полость брюшины подъ вліяніемъ затрудненнаго кровообращенія въ воротной венѣ или общей гидреміи и измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ (Conheim), или же жидкость, скопляющаяся въ животѣ, есть результатъ воспаленія брюшины и потому имѣетъ значеніе экссудата.

Простая, т.-е. не воспалительная *водянка живота*, зависящая *отъ гидреміи,* характеризуется, во 1-хъ, тѣмъ, что при ней всегда бываетъ и подкожная водянка (anasarca) или всего тѣла, или нѣкоторыхъ мѣстъ, а именно лица и ступней, а во 2-хъ, тѣмъ, что всегда можно открыть причину гидреміи или въ воспаленіи почекъ (изслѣдованіе мочи) или въ истощающихъ болѣзняхъ, въ числѣ которыхъ главную роль играетъ хроническій поносъ (фолликулярный энтеритъ).

Въ другихъ случаяхъ водянка живота, какъ одно изъ проявленій общей водянки, бываетъ слѣдствіемъ *затрудненнаго кровообращенія вообще* и въ частности въ печени, и тогда причину ея слѣдуетъ искать въ порокахъ сердца или въ хроническомъ заболѣваніи легкихъ и въ особенности плевры (гнойный плевритъ). Въ послѣднемъ случаѣ въ произведеніи водянки можетъ имѣть мѣсто двойная причина, т.-е. и затрудненное кровообращеніе, и гидремія отъ истощенія. Допустить застойную брюшную водянку въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ съ полнымъ правомъ только тогда, если есть признаки пассивной гипереміи печени (см. опухоли печени).

Нѣкоторое затрудненіе для діагностики могутъ представить случаи воспалительной водянки живота, развивающейся у гидропичныхъ субъектовъ. Подобная комбинація хроническаго сeрознаго перитонита встрѣчалась намъ, во 1-хъ, при хроническомъ нефритѣ и, во 2-хъ, при туберкулезѣ. Въ первомъ случаѣ, у дѣвочки 7 лѣтъ, діагностика основывалась главнымъ образомъ на свойствахъ выпущенной жидкости, которая оказалась мутной отъ большой примѣси гнойныхъ тѣлецъ и была богата бѣлкомъ. У туберкулезнаго мальчика 10 лѣтъ діагностика перитонита при общей водянкѣ могла быть установлена на основаніи существовавшихъ сращеній кишокъ съ брюшной стѣнкой, не допускавшихъ свободнаго перемѣщенія жидкости при перемѣнѣ положенія больного; оставался именно тимпаническій звукъ въ правой подчревной области, какъ при стоячемъ положеніи больного, такъ и при положеніи его на правомъ

боку, несмотря на очень значительное скопленіе жидкости въ животѣ. Въ этомъ же мѣстѣ прощупывалось затвердѣніе. Діагностика въ обоихъ случаяхъ подтвердилась вскрытіемъ.

Въ третьемъ случаѣ, не дошедшемъ до аутопсіи, асцитъ у 10-лѣтней дѣвочки, страдавшей хроническимъ нефритомъ и поносомъ, хотя и составлялъ часть общей водянки, но тоже имѣлъ вѣроятно воспалительное происхожденіе, такъ какъ жидкость, выпущенная троакаромъ, была очень мутна отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ и, кромѣ того, водянка живота была несоразмѣрно велика сравнительно съ отечной опухолью ногъ.

Указаніе Rehn'a (Handb. v. Gerhardt. IV. B. 1880. S. 258.), будто экссудативные перитониты, развивающіеся иногда при пораженіяхъ почекъ, достаточно характеризуются лихорадочнымъ состояніемъ и болѣзненностью живота, къ хроническимъ случаямъ мало примѣнима, такъ какъ оба эти симптома могутъ отсутствовать, а у туберкулезныхъ субъектовъ лихорадка можетъ зависѣть отъ другихъ причинъ.

Но такъ какъ подобные случаи комбинированнаго асцита довольно рѣдки, то, вообще говоря, діагностика причинъ асцита, составляющаго часть общей водянки, не трудна. Гораздо бóльшія затрудненія представляютъ въ этомъ отношеніи изолированные асциты, когда приходится рѣшать вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ застойной водянкой живота, т.-е. съ транссудатомъ, или съ хроническимъ экссудативнымъ перитонитомъ. Распознаваніе этихъ двухъ процессовъ можетъ быть сдѣлано на основаніи свойствъ выпущенной жидкости, а также другихъ симптомовъ, этіологіи и анамнеза.

Танссудатъ имѣетъ видъ прозрачной, слегка желтоватой жидкости, удѣльный вѣсъ которой меньше 1015, а количество бѣлка не превышаетъ 2—3—4%; тогда какъ экссудатъ, хотя иногда и бываетъ тоже прозраченъ (въ большинствѣ случаевъ онъ мутенъ и напоминаетъ по наружному виду воду, слегка забѣленную молокомъ, отъ болѣе или менѣе значительной примѣси гнойныхъ тѣлецъ), но отличается богатымъ содержаніемъ бѣлка (4—6%) и удѣльн. вѣсомъ больше 1015. Лихорадочное состояніе и боль живота при давленіи говорятъ въ пользу перитонита, но отсутствіе этихъ симптомовъ не исключаетъ его.

Reuss замѣтилъ, что разница въ уд. вѣсѣ между транссудатомъ и экссудатомъ обусловливается главнымъ образомъ бóльшимъ или меньшимъ содержаніемъ бѣлка, такъ что о количествѣ послѣдняго можно судить по удѣльному вѣсу; Reuss составилъ даже формулу

для опредѣленія содержанія бѣлка; если S обозначаетъ уд. в. и E количество бѣлка въ процентахъ, то $E = \frac{3}{8}$ (S—1000)—2,8, если напр. уд. вѣсъ транссудата будетъ 1010, то получимъ $E = \frac{3}{8} . 10 - 2,8; = \frac{30}{8} - 2,8$ или $E = 0,95$.

Если жидкость, выпущенная изъ какой-нибудь полости, при продолжительномъ стояніи свертывается, то это конечно экссудатъ, но если не свертывается, то это еще не исключаетъ экссудата.

Транссудатъ въ полости брюшины при изолированномъ асцитѣ всегда бываетъ застойнаго происхожденія отъ сдавленія ствола воротной вены или ея печеночныхъ вѣтвей. Такого рода водянка живота въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается рѣдко.

Сравнительно болѣе частыя причины ея касаются печени.

Сифилисъ печени, который у дѣтей старшаго возраста характеризуется увеличеніемъ органа, образованіемъ въ немъ гуммозныхъ узловъ и рубцовыхъ стягиваній, вслѣдствіе которыхъ получается дольчатый видъ печени, можно предполагать или даже діагносцировать въ томъ случаѣ, если ребенокъ страдалъ прежде симптомами наслѣдственнаго сифилиса (выкидыши у матери, сыпи на первомъ году жизни, позднѣе язвенные процессы на слизистой оболочкѣ рта и зѣва, періоститы длинныхъ костей) и въ данное премя можно прощупать у него увеличенную, бугристую печень. Если подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія (напр. іодистымъ каліемъ) въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, водянка живота исчезаетъ, печень уменьшается въ объемѣ, и общій видъ больного улучшается, то діагностика дѣлается несомнѣнной.

Простой циррозъ печени развивается у дѣтей, которымъ даютъ много вина, или и безъ этого этіологическаго момента, но послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. По симптомамъ онъ мало чѣмъ отличается отъ цирроза печени у взрослыхъ. Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что въ первомъ періодѣ болѣзни замѣчается обыкновенно разстройство пищеваренія въ видѣ поносовъ, смѣняющихся запорами, и болей живота; это тѣ же симптомы, что всегда получаются въ анамнезѣ при водянкѣ живота отъ туберкулезнаго перитонита, но ихъ не бываетъ при т. н. идіопатическомъ асцитѣ вслѣдствіе хроническаго серознаго перитонита. Не менѣе важно констатировать въ анамнезѣ рѣдко отсутствующую желтуху, хотя бы и въ незначительной степени и только временную, но зато повторную, хотя въ данное время ея можетъ и не быть даже и въ періодѣ рѣзко выраженнаго асцита. — Съ большой увѣрен-

ностью можно діагносцировать циррозъ печени, если удается замѣтить современемъ постепенное уменьшеніе печени и увеличеніе селезенки; къ сожалѣнію, присутствіе большого количества жидкости въ животѣ значительно затрудняетъ изслѣдованіе или дѣлаетъ его совсѣмъ безрезультатнымъ, пока не произведено прокола живота.

Амилоидъ печени никогда не встрѣчается въ видѣ самостоятельнаго страданія, а только у истощенныхъ дѣтей и главнымъ образомъ у золотушныхъ, страдающихъ язвенными процессами въ костяхъ или на кожѣ, а также у чахоточныхъ, сифилитиковъ, и вообще при кахексіяхъ отъ истощающихъ болѣзней. При существованіи подобныхъ этіологическихъ моментовъ узнать амилоидную печень не трудно: она очень *велика* (нерѣдко доходитъ до пупка), *плотна,* съ закругленнымъ краемъ и *безболѣзненна* при давленіи. Такъ какъ амилоидное перерожденіе почти никогда не ограничивается печенью, а распространяется также на почки и селезенку, то большая селезенка и альбуминурія могутъ считаться характерными спутниками амилоида печени. Если нѣтъ осложненій, то желтухи не бываетъ. Относительно асцита слѣдуетъ замѣтить, что онъ не принадлежитъ къ числу постоянныхъ симптомовъ занимающаго насъ страданія; въ виду того, что нерѣдко водянка начинается съ ногъ, а животъ поражается позднѣе, можно думать, что во многихъ случаяхъ асцита при амилоидѣ печени главную роль въ происхожденіи его играетъ не затрудненное кровообращеніе въ печени, а просто гидремія.

Трудно также сказать, насколько принимаетъ участіе въ произведеніи асцита *гиперпластическое затвердѣніе печени* — одинъ изъ симптомовъ болотнаго худосочія, діагностика котораго основывается, главнымъ образомъ, на данныхъ анамнеза (продолжительная болотная лихорадка); большая плотная селезенка при значительно увеличенной и также плотной печени съ гладкой поверхностью, и наконецъ, отеки ногъ и общая анемія составляютъ картину болѣзни.

Что касается до водянки живота отъ сдавленія воротной вены увеличенными железами въ воротахъ печени или отъ сдавленія нижней полой вены выше впаденія въ нее печеночныхъ венъ, то причины эти недоступны для діагностики.

Такъ какъ увеличеніе лимфатическихъ железъ обусловливается либо амилоидомъ и туберкулезомъ, либо раковымъ перерожденіемъ при ракѣ сосѣднихъ органовъ, то предполагать такую причину водянки нельзя, если больной не представляется истощеннымъ и въ анамнезѣ нѣтъ указаній на возможность перерожденія железъ. Этими

обстоятельствами можно пользоваться при дифференціальной діагностикѣ простого серознаго перитонита.

Экссудативный асцитъ. Водянка живота, какъ слѣдствіе хроническаго перитонита, встрѣчается у дѣтей гораздо чаще, чѣмъ водянка застойная. *Хроническій перитонитъ,* какъ слѣдствіе простого остраго перитонита, встрѣчается довольно рѣдко. Какъ примѣръ подобнаго исхода, мы приведемъ слѣдующій случай:

Глухонѣмой мальчикъ 10 лѣтъ, сынъ здоровыхъ родителей, имѣющій двухъ здоровыхъ братьевъ и прежде всегда здоровый, не страдавшій ни продолжительными поносами, ни кашлемъ, ни болями живота, поступилъ въ больницу по поводу боли и вздутія живота. Болѣзнь его началась съ мѣсяцъ тому назадъ послѣ того, какъ онъ, будучи въ поту, напился холоднаго пива. Болѣзнь началась жаромъ, повторной рвотой и настолько сильной болью живота, что онъ принужденъ былъ принять неподвижное положеніе на спинѣ. Черезъ нѣсколько дней послѣ того отецъ замѣтилъ сильное увеличеніе живота. Съ тѣхъ поръ больной не вставалъ и черезъ мѣсяцъ отъ начала болѣзни помѣщенъ въ больницу, когда боли живота стали ужъ значительно легче, и больной могъ сидѣть въ постели.

При поступленіи больной былъ нѣсколько блѣденъ и худъ, но далеко не истощенъ, животъ сильно увеличенъ ($66^1/_2$ снт.), при давленіи болѣзненъ, особенно между пупкомъ и подложечкой, гдѣ легко прощупывалось сквозь брюшную стѣнку затвердѣніе съ рѣзко обозначеннымъ плотнымъ нижнимъ краемъ, очень похожимъ на край лѣвой доли затвердѣлой печени. Край этотъ шелъ поперекъ живота на 2 пальца выше пупка, отъ одного подреберья къ другому; верхняя граница опухоли на палецъ не доходила до нижняго конца sterni, вслѣдствіе чего подъ ложечкой оставалось небольшое мѣсто съ меньшей резистенціей, чего не могло бы быть, если бы мы имѣли дѣло съ увеличенной печенью. Консистенція опухоли очень плотная, поверхность не совсѣмъ ровная; при давленіи она болѣзненна, а при легкой перкуссіи по опухоли получается тимпаническій звукъ кишокъ, указывающій на небольшую толщину опухоли. Печень не прощупывается; тупой звукъ ея начинается на палецъ ниже соска и спускается до нижняго края грудной клѣтки. Животъ ясно флюктуируетъ и при постукиваніи даетъ въ отлогихъ мѣстахъ тупой звукъ, мѣняющій мѣсто при перемѣнѣ положенія больного. Языкъ чистъ, влаженъ; на низъ разъ въ день, какъ слѣдуетъ; аппетитъ порядочный. Моча интенсивно окрашена мочевымъ пигментомъ и богата индиканомъ, безъ бѣлка. Селезеночная тупость не

могла быть опредѣлена. Кашля нѣтъ; сонъ удовлетворительный; лихорадка непостоянная и умѣренная (37—37,7 по утрамъ и около 38,5 вечеромъ) безъ потовъ. Состояніе силъ удовлетворительное, больной свободно сидитъ въ постели. Отековъ подкожной клѣтчатки нѣтъ нигдѣ, кромѣ мошонки.

Діагностика простого перитонита была поставлена на основаніи анамнеза (острое начало, отсутствіе катарровъ кишокъ и наслѣдственности къ туберкулезу) и присутствія опухоли между пупкомъ и scrobic. cordis, принятой нами за утолщенный и рубцовостянутый сальникъ.

Черезъ нѣсколько дней больной заболѣлъ скарлатиной, отъ которой и умеръ. Вскрытіе показало присутствіе въ животѣ серозно-гнойной жидкости, а опухоль въ верхней части живота оказалась не перерожденнымъ сальникомъ, а просто сильно утолщенной брюшиной; воспалительный инфильтратъ оканчивался, не доходя до пупка, очень толстымъ (въ мизинецъ) отвѣснымъ краемъ, симулировавшимъ край печени. Слѣдовъ туберкулеза не оказалось нигдѣ, даже и въ бронхіальныхъ железахъ.

Дифференціальная діагностика подобныхъ случаевъ отъ туберкулезнаго перитонита возможна съ нѣкоторой вѣроятностью только на основаніи анамнеза, когда можно убѣдиться въ отсутствіи наслѣдственности къ туберкулезу и когда перитонитъ поражаетъ ребенка, бывшаго до тѣхъ поръ совершенно здоровымъ и не расположеннаго къ хроническимъ катаррамъ.

Въ другихъ случаяхъ хроническій серозный перитонитъ развивается совершенно самостоятельно, подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ причинъ или явной простуды (Galvani), или нефрита и протекаетъ съ самаго начала медленно, безъ острыхъ симптомовъ раздраженія брюшины, хотя и съ лихорадочнымъ состояніемъ. Даже и въ вполнѣ развитомъ состояніи онъ не ведетъ ни къ какимъ осложненіямъ и *не выражается никакими другими припадками, кромѣ* значительной *водянки живота* а потому и описывался прежде подъ именемъ **идіопатическаго асцита** — ascites idiopatica; Galvani назвалъ ее *peritonitis rheumatica serosa chronica*. Кромѣ этихъ отрицательныхъ признаковъ, серозный перитонитъ характеризуется тѣмъ, что поражаетъ преимущественно *здоровыхъ дѣтей*, общее состояніе которыхъ остается хорошимъ даже и въ періодѣ полнаго развитія водянки: больной хорошо ѣстъ, правильно испражняется (по Baginsk'ому, впрочемъ, часто бываетъ поносъ), не лихорадитъ и не ложится въ постель, чѣмъ эта болѣзнь отличается, между прочимъ,

отъ застойныхъ водянокъ вслѣдствіе болѣзней печени, при которыхъ общее состояніе всегда довольно скоро страдаетъ. *Животъ* при perit. serosa не болѣзненъ при давленіи. Обычный исходъ этой формы перитонита — выздоровленіе, по прошествіи 3—6 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни.

Отъ застойной водянки живота серозный перитонитъ отличается отсутствіемъ опухоли печени, сравнительно хорошимъ общимъ состояніемъ и отсутствіемъ въ анамнезѣ и in stat. praesente указаній на сифилисъ и туберкулезъ. Гораздо больше сходства съ серознымъ перитонитомъ представляетъ брюшная водянка отъ атрофическаго цирроза печени, тѣмъ болѣе, что и при перитонитѣ печень можетъ казаться уменьшенной*) вслѣдствіе того, что подъ вліяніемъ асцита она поворачивается какъ бы около поперечной своей оси и становится своимъ нижнимъ краемъ кпереди, отчего тупой звукъ печени и представляется уменьшеннымъ. Въ пользу серознаго перитонита говоритъ отсутствіе слѣдовъ желтухи, нормальная величина селезенки, стаціонарное положеніе асцита и хорошее состояніе питанія въ теченіи долгаго времени, отсутствіе поносовъ и отчасти возрастъ дѣтей: серозный перитонитъ встрѣчается главнымъ образомъ у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 5, а циррозъ печени у дѣтей старшаго возраста. Выясненію діагностики можетъ содѣйствовать, наконецъ, и проколъ живота, и именно въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, послѣ выпущенія жидкости удобнѣе изслѣдовать печень, и во 2-хъ, надежныя данныя могутъ получиться при изслѣдованіи выпущенной жидкости по отношенію къ ея удѣльному вѣсу, количеству бѣлка и микроскопическимъ ея свойствамъ (примѣсь гнойныхъ тѣлецъ въ экссудатахъ).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ простого хроническаго перитонита, въ позднѣйшихъ періодахъ его, прощупывается въ животѣ бугристыя опухоли и затвердѣнія вслѣдствіе образованія рубцовыхъ сращеній и утолщенія стѣнокъ кишокъ или отъ гиперпластическаго утолщенія сальника (Rehn) или самой брюшины (такъ напр. у вышеприведеннаго глухонѣмого мальчика). Подобные случаи простого хроническаго перитонита легко могутъ быть приняты за перитонитъ туберкулезный, отъ котораго отличаются не столько свойствомъ мѣстныхъ припадковъ, сколько анамнезовъ и отсутствіемъ явленій туберкулеза въ другихъ органахъ.

---

*) Впрочемъ, при атрофическомъ циррозѣ печени въ дѣтскомъ возрастѣ она можетъ быть еще увеличенной даже и въ періодѣ водянки.

Хроническій туберкулезный перитонитъ является самой частой причиной изолированныхъ брюшныхъ водянокъ у дѣтей, и на его долю приходится значительно больше случаевъ асцита, чѣмъ на всѣ другія причины, вмѣстѣ взятыя.

Развитію его предшествуютъ обыкновенно хроническіе поносы съ болями живота, часто смѣняющіеся запорами; дѣти оказываются золотушными (хронич. экцемы, адениты, болѣзни костей) или происходятъ изъ туберкулезной семьи. Вотъ, если при такихъ условіяхъ появляется у ребенка водянка живота при значительномъ напряженіи брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе чего животъ нѣсколько сдавливается съ боковъ и получаетъ овальную (а не шарообразную, какъ при тимпанитѣ или застойномъ асцитѣ) форму съ выступающимъ пупкомъ, то можно съ увѣренностью предполагать у него начало туберкулезнаго перитонита. Ни рвоты, ни сильной боли при давленіи на животъ можетъ при этомъ не быть, да обыкновенно и не бываетъ; чаще встрѣчаются схваткообразныя произвольныя боли, а при давленіи только легкая боль. — По мѣрѣ развитія процесса діагностика дѣлается легче. Животъ значительно увеличенъ отчасти отъ метеоризма, отчасти отъ накопленія жидкости, брюшныя стѣнки напряжены, подкожныя вены живота растянуты, при ощупываніи въ разныхъ мѣстахъ живота или въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ удается прощупать или затвердѣнія безъ ясныхъ границъ, или бугристыя опухоли; въ этихъ мѣстахъ животъ всегда болѣзненъ при давленіи. Если эти затвердѣнія обусловливаются сращеніемъ кишокъ съ утолщенной брюшиной, то соотвѣтственныя мѣста постоянно даютъ тимпаническій звукъ, при какомъ угодно положеніи больного. Ничего подобнаго при застойныхъ асцитахъ никогда не встрѣчается: тамъ вслѣдствіе отсутствія сращеній жидкость свободно перемѣщается, и потому въ отлогихъ мѣстахъ всегда получается тупой звукъ.

Далѣе, характерно для туберкулезнаго перитонита прогрессивное похуданіе больного, болѣе замѣтное на конечностяхъ, грудной клѣткѣ и шеѣ и менѣе въ лицѣ, позволяющее діагносцировать болѣзнь per distance, благодаря характерному контрасту между большимъ животомъ и общей худобой, и изнурительная лихорадка, съ почти нормальными или даже субнормальными утренними температурами и съ вечерними повышеніями до 38,5—39°. Иногда лихорадка дѣлаетъ на нѣсколько дней перемежку, но потомъ опять появляется.

При діагностикѣ туберкулезнаго перитонита не слѣдуетъ смущаться, если у больного нѣтъ кашля и вообше признаковъ тубер-

кулеза легкихъ. Дѣло въ томъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ легкія не составляютъ излюбленнаго мѣста для локализаціи туберкулезныхъ бациллъ и потому нерѣдко случается, что туберкулезный перитонитъ, а еще чаще менингитъ являются изолированными. Гораздо рѣже случается, чтобы при туберкулезномъ перитонитѣ не было пораженія кишокъ въ видѣ хроническаго катарра или туберкулезныхъ язвъ, такъ какъ зараженіе брюшины туберкулезомъ происходитъ обыкновенно отъ кишокъ или брыжжеечныхъ железъ; вотъ поэтому-то именно въ анамнезѣ у больного туберкулезнымъ перитонитомъ и удается почти всегда узнать о томъ, что онъ долгое время страдалъ поносами и болями живота; это обстоятельство можетъ служить при случаѣ для дифференціальной діагностики отъ простого хроническаго перитонита.

Въ діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ замѣтить еще, что у туберкулезныхъ больныхъ вообще, и въ частности при перитонитѣ у дѣтей, печень нерѣдко встрѣчается увеличенной вслѣдствіе ожирѣнія и легко прощупывается; но она никогда не достигаетъ такой величины и плотности, чтобы можно было принять ее за амилоидную печень и на счетъ ея отнести водянку живота.

Опухоли живота.

При діагностикѣ опухоли живота надо прежде всего опредѣлить, отъ какого органа она происходитъ, а потомъ ужъ выяснить ея натуру.

Увеличеніе печени и селезенки узнается легко по мѣсту, занимаемому опухолью и по формѣ ея, при чемъ особенно характерной является вырѣзка на нижнемъ краѣ печени или на переднемъ краѣ селезенки.

Объ опухоляхъ печени мы скажемъ всего лишь нѣсколько словъ, такъ какъ онѣ выражаются тѣми же симптомами, что и у взрослыхъ.

Печень у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни и въ нормальномъ состояніи выступаетъ изъ подъ реберъ по l. mamillaris на 1—2 пальца и если не прощупывается, то только потому, что край ея не достаточно твердъ для этого, но стоитъ печени получить бо́льшую плотность и она сейчасъ же дѣлается легко-доступной осязанію и кажется увеличенной.

Въ однихъ случаяхъ поверхность увеличенной печени бываетъ гладкой, въ другихъ — неровной, бугристой; иногда она бываетъ значительно увеличенной, иногда же остается почти нормальной. На основаніи этихъ признаковъ и, главнымъ образомъ, въ виду

этіологическихъ моментовъ, діагностика припухлости печени вообще не трудна.

Острое незначительное увеличеніе печени при гладкой поверхности и небольшой плотности встрѣчается у дѣтей, во 1-хъ, *отъ застоя желчи* при катарральной желтухѣ и, во 2-хъ, *отъ паренхиматознаго набуханія* или гипереміи печени въ теченіе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, напр. при тифѣ, рекуррентѣ и др. Въ обоихъ этихъ случаяхъ вслѣдъ за излѣченіемъ основной болѣзни исчезаетъ и увеличеніе печени. Сюда же относится гиперемійная опухоль печени при отравленіи нѣкоторыми ядами, напр. фосфоромъ.

Въ *хроническихъ* случаяхъ *большая печень, съ гладкой поверхностью* и почти или совсѣмъ *не болѣзненная при давленіи,* можетъ зависѣть отъ слѣдующихъ причинъ:

1) **Пассивная гиперемія печени** наблюдается при порокахъ сердца, хроническомъ плевритѣ и вообще при условіяхъ, затрудняющихъ отливъ венозной крови къ сердцу. Печень нѣсколько чувствительна при давленіи, выступаетъ изъ подъ реберъ по l. mamil. пальца на 2—3, плотность ея не особенно велика. *Съ улучшеніемъ состоянія сердечной работы объемъ органа уменьшается.*

2) **Интерстиціальный гепатитъ** является большею частью вслѣдствіе долго длившагося интермиттента. Печень очень плотна и безболѣзненна при давленіи. Всегда есть и большая, плотная селезенка. Какъ показываютъ наблюденія Оболенскаго (Мед. Обозр. Т. XXX, стр. 254), подобнаго рода гипертрофическій циррозъ печени (такъ называем. завалъ печени) подъ вліяніемъ лѣченія каломелемъ способенъ къ обратному метаморфозу, при чемъ вмѣстѣ съ уменьшеніемъ объема печени улучшается и общее состояніе больного.

3) **Жирная печень** у дѣтей не достигаетъ особенно большой величины и плотности. Она встрѣчается у грудныхъ, тучныхъ дѣтей подъ вліяніемъ избыточнаго употребленія молока, а также у истощенныхъ субъектовъ, въ особенности при туберкулезѣ и рахитизмѣ.

4) **Амилоидъ печени,** о которомъ была ужъ рѣчь на стр. 144.

5) **Лейкемическая печень** по величинѣ и плотности не уступаетъ предыдущей, подобно которой сопровождается также значительной опухолью селезенки, но отличается отъ нея тѣмъ, что сопровождается симптомами лейкеміи, при отсутствіи этіологическихъ моментовъ, свойственныхъ амилоидной печени.

6) **Эхинококкъ печени** тоже ведетъ къ значительному увеличенію и уплотнѣнію органа, но отъ всѣхъ другихъ сходныхъ процессовъ отличается чрезвычайно медленнымъ теченіемъ (нѣсколько лѣтъ) и

еще тѣмъ, что общее состоянiе остается очень хорошимъ даже и тогда, когда печень достигла ужъ громадныхъ размѣровъ, напр. доходитъ до пупка. Такое несоотвѣтствiе между хорошимъ состоянiемъ общаго питанiя съ одной стороны и громадной печенью съ другой, въ связи съ очень медленнымъ теченiемъ, при отсутствiи асцита и желтухи, дѣлаетъ дiагностику эхинококка весьма вѣроятной даже и при отсутствiи симптомовъ, спецiально указывающихъ на эхинококкъ. Симптомы эти получаются въ томъ случаѣ, если пузырь эхинококка сидитъ на верхней поверхности печени, доступной ощупыванiю. Тогда на гладкой поверхности печени легко замѣтить осязанiемъ гладкую же полусферическую выпуклость, дающую болѣе или менѣе замѣтную флюктуацiю; жидкость, извлеченная пробнымъ проколомъ изъ этой выпуклости, отличается отъ всякаго транссудата или экссудата тѣмъ, что не содержитъ бѣлка, но зато очень богата хлористымъ натрiемъ. Подъ микроскопомъ иногда удается открыть въ ней крючки эхинококка.

Если пузырь паразита помѣщается вблизи воротъ печени и, сдавливая воротную вену или желчный протокъ, вызываетъ водянку живота или желтуху, то дiагностика становится болѣе затруднительной.

При *абсцессѣ печени,* бывающемъ большею частью пiэмическаго происхожденiя, печень тоже значительно увеличивается, и на поверхности ея удается прощупать флюктуирующiя выпуклости, но при этомъ всегда бываетъ неправильная лихорадка, печень болѣзненна, общее состоянiе сильно страдаетъ.

Иногда, правда въ очень рѣдкихъ случаяхъ, край печени прощупывается около пупка не потому, что печень увеличена, а потому, что она смѣщена. Смѣщенiе печени книзу всего чаще наблюдается у дѣтей при обильномъ правостороннемъ плевритическомъ экссудатѣ, который легко узнается при изслѣдованiи груди. Въ другихъ случаяхъ, какъ, напр., было это въ наблюденiи Гундобина (Мед. Обозр. XXIX, стр., 650) смѣщенiе печени зависѣло просто отъ разслабленiя поддерживающей связки. Такое смѣщенiе печени отличается отъ увеличенiя ея опущенiемъ верхней границы органа, что легко узнается помощью перкуссiи.

Большая печень съ неровной, т.-е. бугристой поверхностью встрѣчается при сифилисѣ печени и при злокачественныхъ новообразованiяхъ въ ней.

О сифилисѣ печени была рѣчь на стран. 143. Кромѣ гуммозной формы сифилиса, у дѣтей встрѣчается еще и разлитой интерстицiальный сифилитическiй гепатитъ, при которомъ печень, увеличиваясь

въ объемѣ, сохраняетъ свою гладкую поверхность. Но форма эта, свойственная новорожденнымъ и груднымъ дѣтямъ, позднѣе почти вовсе не встрѣчается.

Злокачественныя новообразованія въ печени у дѣтей почти никогда не встрѣчаются въ первичномъ видѣ, обыкновенно же печень поражается послѣдовательно при саркомахъ глаза, почекъ или костей. Больной скоро впадаетъ въ кахексію и живетъ не болѣе 3—4 мѣсяцевъ. Симптомы состоятъ въ громадномъ увеличеніи печени, получающей бугристую поверхность.

Увеличеніе селезенки встрѣчается у дѣтей очень часто и притомъ какъ въ острой, такъ и въ хронической формѣ. Узнать опухоль селезенки можно посредствомъ постукиванія и ощупываніемъ.

Въ нормальномъ состояніи верхняя граница тупого звука селезенки начинается по задней аксиллярной линіи (гдѣ селезенка выходитъ изъ-подъ легкаго) отъ 9-го ребра; передняя граница, соотвѣтствующая переднему краю селезенки, лежитъ на средней аксиллярной линіи или нѣсколько заходитъ за нее, но никогда не достигаетъ линіи, соединяющей лѣвый сосокъ съ концомъ 11-го ребра; нижня граница тупого звука (нижній край селезенки) лежитъ по задней аксиллярной линіи вблизи нижняго края реберъ и нѣсколько кзади отъ конца 11-го ребра, который приходится обыкновенно на средней аксиллярной линіи (Sahli, Die topogr. Percus. im Kindesalter. 1882. S. 155). Въ виду этого можно считать тупой звукъ селезенки увеличеннымъ въ томъ случаѣ, если по *задней аксиллярной линіи онъ начинается выше 9-го ребра и доходитъ до 11-го, и если передняя граница его достигаетъ или заходитъ за линію, соединяющую конецъ 11-го ребра съ соскомъ.* — Но считать данныя перкуссіи за доказательныя можно лишь въ томъ случаѣ, если тотъ же результатъ получается въ теченіе 2—3 дней подъ рядъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что увеличеніе селезеночной тупости не зависитъ отъ скопленія испражненій въ сосѣднихъ петляхъ кишокъ. И наоборотъ, увеличенная селезенка можетъ дать нормальную селезеночную тупость, если она прикрыта кишками, раздутыми газами.

Гораздо болѣе надежные результаты даетъ ощупываніе. Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ легче удается прощупать селезенку въ случаѣ ея увеличенія; у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни она нерѣдко прощупывается даже и въ нормальномъ состояніи. За исключеніемъ этихъ случаевъ, можно принять за правило, что *если селезенка*

прощупывается, то, стало-быть, она увеличена (если только она не смѣщена лѣвостороннимъ плевретическимъ экссудатомъ).

Отличить острое опуханіе селезенки отъ хроническаго не всегда легко при изслѣдованіи больного въ первый разъ. При хронической опухоли селезенка отличается вообще бо́льшей твердостью и бо́льшей величиной. При остромъ опуханіи селезенка рѣдко выступаетъ изъ подъ реберъ болѣе, чѣмъ на 2 — 3 пальца. Если опухоль селезенки наблюдается у больного, не страдающаго никакой лихорадочной болѣзнью, то она конечно хроническая; если же больной сильно лихорадитъ, то опухоль селезенки мы можемъ съ увѣренностью считать за свѣжую лишь въ томъ случаѣ, если увеличеніе ея произошло на нашихъ глазахъ, или если извѣстно, что нѣсколько дней или недѣль тому назадъ опухоли селезенки у больного не было. Подозрѣвать недавнее происхожденіе припухлости селезенки можно въ томъ случаѣ, если при незначительномъ увеличеніи она болѣзненна при ощупываніи. Убѣдиться въ существованіи остраго припуханія селезенки важно потому, что отъ этого можетъ зависѣть діагностика данной лихорадочной болѣзни, такъ какъ несомнѣнно, что не при всѣхъ остро-лихорадочныхъ болѣзняхъ, хотя бы и инфекціонныхъ, селезенка припухаетъ одинаково постоянно. Острое опуханіе селезенки всего чаще встрѣчается при различнаго рода тифахъ, при болотной лихорадкѣ и піэміи, особенно большое значеніе мы придаемъ свѣжей опухоли селезенки для распознаванія тифа, когда приходится отличать его въ первые дни заболѣванія отъ различныхъ простудныхъ и гастрическихъ лихорадокъ, а также отъ нѣкоторыхъ случаевъ менингита, которые по ходу температуры и по нѣкоторымъ другимъ припадкамъ могутъ быть очень похожи на него. Присутствіе опухоли селезенки при разныхъ другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ не можетъ ослабить діагностическаго значенія этого симптома для тифа уже потому, что всѣ тѣ болѣзни, при которыхъ можетъ встрѣтиться опухоль селезенки, имѣютъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ такъ мало общаго съ тифомъ, что легко отличаются отъ него, несмотря на селезенку. Странно бы было, напр., діагносцировать тифъ на основаніи опухоли селезенки, если вся кожа больного покрыта скарлатинной или оспенной сыпью, или если есть всѣ признаки крупозной пнеймоніи.

Хроническая опухоль селезенки у дѣтей до 2-хъ лѣтъ всего чаще встрѣчается у рахитиковъ, а также при врожденномъ сифилисѣ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ селезенка достигаетъ иногда значительной

величины (выступаетъ пальца на 3—4 изъ реберъ) и отличается чрезвычайной плотностью (гиперплязія соединительной ткани). Такія дѣти представляютъ обыкновенно сильную степень малокровія (восковая блѣдность) и нерѣдко увеличенную, плотную печень, словомъ, картина болѣзни сильно напоминаетъ лейкемію или амилоидное перерожденіе селезенки и печени. Отсутствіе увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ отличаетъ эти случаи простой хронической гипертрофіи селезенки отъ лейкемической, исходъ въ выздоровленіе — отъ псейдолейкеміи; а что касается до амилоиднаго перерожденія селезенки, то діагностика его основывается главнымъ образомъ на этіологическихъ моментахъ: въ пользу амилоида говоритъ именно наличность гдѣ-либо въ тѣлѣ хроническаго нагноенія (костоѣда, туберкулезъ легкихъ и проч.). Несомнѣнно, что хроническая опухоль селезенки вмѣстѣ съ значительной анэміей встрѣчается иногда и у дѣтей въ другихъ отношеніяхъ здоровыхъ, т.-е. у такихъ, у которыхъ нѣтъ ни рахитизма, ни сифилиса; подобные случаи описываются подъ именемъ *дѣтской селезеночной анэміи* — anaemia splenica infantum.

У болѣе взрослыхъ дѣтей большія и плотныя селезенки всего чаще являются слѣдствіемъ затяжного интермиттента; рѣже — амилоиднаго перерожденія, лейкеміи и псейдолейкеміи. Діагностика причинъ опухоли селезенки основывается на анамнезѣ и на симптомахъ, характерныхъ для той или другой болѣзни.

Почки могутъ прощупываться въ видѣ опухоли въ животѣ, когда онѣ слишкомъ подвижны — *странствующая почка*, или значительно увеличены.

Подвижная почка, симулирующая опухоль живота, узнается, во 1-хъ, по величинѣ и формѣ своей, а во 2-хъ, потому, что посредствомъ методическаго давленія она можетъ быть поставлена на свое мѣсто. Характерна также большая подвижность опухоли: сегодня вы находите ее около пупка, завтра совсѣмъ не находите и т. п.

Опухоли почекъ вслѣдствіе *злокачественнаго новообразованія* въ нихъ, хотя и принадлежатъ къ рѣдкостямъ, но тѣмъ не менѣе саркома и ракъ почекъ есть по преимуществу болѣзнь дѣтскаго возраста и особенно замѣчательно именно то, что maximum заболѣваній падаетъ на возрастъ до 5 лѣтъ; maximum этотъ такъ рѣзокъ, что превышаетъ число случаевъ любого изъ слѣдующихъ десятилѣтій, не исключая и старческаго возраста. (По статистикѣ Epstein'а, изъ 52 случаевъ первичнаго рака почекъ на долю дѣтей отъ 0 до 5 лѣтъ приходится 16 случаевъ, отъ 40 до 50 л. = 6 сл.

отъ 50 до 60 = 10. Ziems. Handbuch. IX. B. S. 112). Изъ всѣхъ внутреннихъ органовъ почки и надпочечныя железы поражаются ракомъ чаще всѣхъ другихъ, что имѣетъ важное значеніе для распознаванія, такъ какъ если врачъ имѣетъ основаніе ставить діагностику злокачественнаго новообразованія въ органахъ живота, то уже a priori онъ можетъ предполагать, что первично поражены у ребенка почки или, вѣрнѣе, одна изъ нихъ, такъ какъ двусторонній ракъ почекъ встрѣчается рѣдко.

Въ первомъ періодѣ образованія рака больной не жалуется обыкновенно ни на что, но по временамъ у него появляется гематурія или альбуминурія, хотя впрочемъ ни то, ни другое не обязательно. Позднѣе является опухоль въ *поясничной области,* которая всего скорѣе прощупывается въ боковой сторонѣ живота между гребешкомъ подвздошной кости и нижнемъ краемъ реберъ. Ростъ опухоли идетъ довольно быстро, что сопровождается значительными болями живота и скорымъ наступленіемъ кахексіи. Если опухоль почки достигла такого размѣра, что легко прощупывается черезъ переднюю брюшную стѣнку, то она характеризуется вообще слѣдующими особенностями: она неподвижна (ни при дыханіи, ни пассивно), верхнюю границу ея можно легко прощупать и такимъ образомъ доказать, что опухоль исходитъ не отъ печени. Она растетъ сзади напередъ, отодвигая кишки въ сторону, но такъ, что ободочная кишка, будучи прикрѣпленной рыхлой клѣтчаткой къ m. quadratus lumb., не слѣдуетъ общему оттѣсненію кишокъ, а остается на передней поверхности опухоли и узнается по полосѣ тимпаническаго звука, идущей въ косвенномъ направленіи отъ нижней границы опухоли къ верхней. Поверхность опухоли бугриста, консистенція—неравномѣрная; животъ сильно вздувается, но асцита можетъ и не быть, если новообразованіе не перешло на брюшину. Въ случаѣ послѣдовательнаго пораженія брыжжеечныхъ или ретроперитонеальныхъ железъ, опухоли различной величины и плотности могутъ прощупываться и въ другихъ мѣстахъ живота, но самая главная опухоль, соотвѣтствующая почкѣ, все-таки будетъ между crista os. ilei и ложными ребрами, откуда ее можно прослѣдить по направленію кзади до поясницы, а кпереди до пупка. Ради лучшаго опредѣленія границъ опухоли всегда слѣдуетъ производить изслѣдованіе обѣими руками: одна производитъ давленіе на опухоль со стороны живота, а другая рука помѣщается на поясницу.

Громадный животъ, мѣстами болѣзненный, и присутствіе въ немъ различной величины опухолей или затвердѣній обусловливаетъ сход-

ство картины болѣзни при ракѣ почки съ хроническимъ перитонитомъ.

Діагностика основывается на болѣе быстромъ развитіи кахексіи при ракѣ (смертельный исходъ въ 3—4 мѣсяца, при туберкулезномъ перитонитѣ мѣсяцевъ 6—12), на формѣ, величинѣ и мѣстѣ опухолей (при перитонитѣ опухоли прощупываются всего чаще между пупкомъ и подложечкой; при постукиваніи онѣ даютъ тимпаническій звукъ, такъ какъ небольшая толщина воспалительныхъ инфильтратовъ не можетъ заглушить тимпаническаго звука кишокъ), на отсутствіи асцита при ракѣ и туберкулеза другихъ органовъ.

Напротивъ того, нормальная моча, свободная отъ бѣлка и крови, не можетъ служить доказательствомъ противъ рака почки, такъ какъ альбуминурія и гематурія могутъ наблюдаться только до тѣхъ поръ, пока пораженная почка продолжаетъ еще функціонировать.

У дѣтей встрѣчается еще другого рода опухоль почки, достигающая иногда тоже громадныхъ размѣровъ, именно **hydronephrosis.** Въ животѣ прощупывается при этомъ шарообразная, флюктуирующая, гладкая опухоль, исходящая изъ области почки. Пробнымъ проколомъ извлекается прозрачная жидкость, содержащая мочевину и мочевую кислоту. Подобная же флюктуирующая опухоль можетъ встрѣтиться при эхинококкѣ почки и кистѣ яичника — и то и другое громадная рѣдкость; впрочемъ въ литературѣ есть случаи удачно оперированныхъ кистъ яичника у дѣвочекъ 9—10 лѣтъ.

Если флюктуирующая опухоль, исходящая изъ области почки, обусловливается эхинококкомъ, то въ жидкости, извлеченной пробнымъ проколомъ, не оказывается ни составныхъ частей мочи, ни бѣлка, но въ ней удается найти подъ микроскопомъ крючки эхинококка.

При большихъ оваріальныхъ кистахъ опухоль тоже шарообразная, гладкая и флюктуирующая, но исходитъ она изъ малаго таза и занимаетъ область пупка и подчревья, оставляя боковыя части поясницы свободными; при постукиваніи здѣсь получается ясный звукъ независимо отъ того, лежитъ ли больной на спинѣ или на боку. Отсутствіе флюктуаціи не исключаетъ кистъ яичника, такъ какъ проявленію этого симптома могутъ препятствовать различныя обстоятельства, каковы, напр: многокамерность кисты, толстыя стѣнки ея, густота содержимаго.

Поводомъ къ образованію объемистыхъ опухолей живота могутъ служить *творожисто-перерожденныя брыжжеечныя железы* или саркома *ретроперитонеальныхъ железъ*. Въ первомъ случаѣ бугри-

стая опухоль прощупывается въ области пупка, если только не препятствуетъ этому значительный метеоризмъ, который, къ сожалѣнію, почти постоянно встрѣчается у подобнаго рода больныхъ и, благодаря которому, увеличенныя брыжжеечныя железы часто остаются недоступными для діагностики.

Чаще удается прощупать саркоматозно-перерожденныя *ретроперитонеальныя железы,* лежащія впереди и по бокамъ поясничной части позвоночника. Бугристая опухоль, достигающая иногда громадной величины, прощупывается обыкновенно въ нижней части живота или въ боковыхъ областяхъ его, между гребешкомъ безымянныхъ костей и ложными ребрами; въ послѣднемъ случаѣ опухоль можетъ быть принята за саркому почекъ.

Отличіе основывается отчасти на свойствахъ мочи (при пораженіи ретроперитонеальныхъ железъ — нормальна, при ракѣ почекъ нерѣдко содержитъ бѣлокъ и кровь), отчасти на положеніи опухоли относительно позвоночника: лимфатическія железы лежатъ на средней линіи, а почки болѣе къ сторонѣ.

Что въ животѣ могутъ прощупываться опухоли вслѣдствіе образованія воспалительныхъ инфильтратовъ при хроническомъ перитонитѣ или перитифлитѣ и колбасообразныя опухоли при инвагинаціи кишокъ, объ этомъ было ужъ сказано раньше. Здѣсь остается упомянуть еще объ опухоляхъ вслѣдствіе скопленія въ толстыхъ кишкахъ комковъ кала и объ надлобковой, упругой, шарообразной опухоли отъ растяженія мочеваго пузыря мочей.

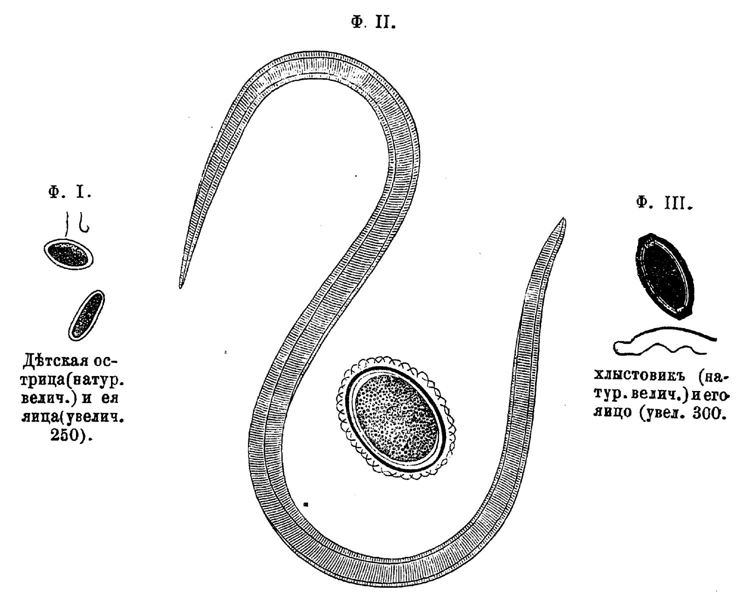
Каловыя опухоли прощупываются или въ средней или въ боковыхъ частяхъ живота; онѣ подвижны и безболѣзненны. Всего характернѣе для нихъ то, что послѣ слабительнаго онѣ исчезаютъ.

Начинающій долженъ имѣть въ виду, что въ области эпигастрія между пупкомъ и scrobiculum cordis, нѣсколько въ сторону отъ средней линіи, можетъ прощупываться довольно плотная опухоль, обязанная своимъ происхожденіемъ сокращенію верхняго брюшка m. recti abdominis. Ложная опухоль эта отличается отъ настоящихъ опухолей, во 1-хъ, тѣмъ, что она прощупывается не постоянно, и во 2-хъ, тѣмъ, что контуры ея соотвѣтствуютъ границамъ мускула.

Въ заключеніе замѣтимъ еще, что опухоль въ подвздошной области можетъ зависѣть отъ скопленія гноя въ этомъ мѣстѣ, напр. при psoitis или при затечнымъ нарывахъ при костоѣдѣ позвоночника.

Кишечныя глисты.

Въ кишечникѣ дѣтей встрѣчается нѣсколько видовъ круглыхъ и плоскихъ глистъ. Изъ класса круглыхъ глистъ, представляющихъ клиническій интересъ, надо назвать *дѣтскую острицу* (oxyuris vermicularis) и *аскариду* (ascaris lumbricoides), а изъ ленточныхъ: *солитера* (taenia solium), *срединоканальчатаго или невооруженнаго лентеца* (taenia mediocanellata), *лентеца широкаго* (botriocephalus latus), *тыквовиднаго цѣпеня* (taenia cucumerina s. elliptica) и taenia nana.



Дѣтская острица (натур. велич.) и ея яица (увелич. 250).

Хлыстовикъ (натур. велич.) и его яицо (увел. 300.

Аскаридъ (натур. велич.) и ея яицо (увелич. 300).

Дѣтская острица — самая маленькая изъ всѣхъ кишечныхъ глистъ; (достигаетъ въ длину всего $^1/_2$ сантим.) Она живетъ, главнымъ образомъ, въ толстыхъ кишкахъ и по временамъ, особенно вечеромъ, дѣлаетъ вылазки наружу, вызывая при этомъ сильный зудъ въ заднемъ проходѣ. Если въ это время изслѣдовать больного, то причину зуда легко открыть въ присутствіи нѣсколькихъ экземпляровъ глистъ

въ окружности ani и въ его складкахъ; ихъ можно найти также въ испражненіяхъ въ видѣ очень мелкихъ, подвижныхъ, бѣлыхъ червячковъ. Впрочемъ, вечерній или ночной зудъ уже самъ по себѣ настолько характеристиченъ для этой глисты, что позволяетъ ставить правильную діагностику и безъ изслѣдованія кала; если бы врачъ, упустившій изъ виду острицъ, приписалъ періодически возвращающійся зудъ повечерамъ маскированной лихорадкѣ, то онъ поступилъ бы очень опрометчиво. Яица острицъ характеризуются неправильно яицевидной формой и равномѣрной зернистостью содержимаго. (Ф. I).

Аскарида, или обыкновенный струнецъ, по формѣ своей очень похожъ на дождевого червя, но отличается отъ него большей величиной (длина до 6 вершковъ) и бѣловатымъ цвѣтомъ съ розовымъ оттѣнкомъ. Яица легко узнаются по бугристой скорлупѣ. (Ф. II).

Къ группѣ круглыхъ глистъ относится еще trichocephalus dispar — *хлыстовикъ* (ф. III) живущій обыкновенно въ слѣпой кишкѣ и характеризующійся волосовиднымъ головнымъ концомъ и болѣе толстой задней частью тѣла; яйцо его овальной формы рѣзко отличается отъ яицъ всѣхъ другихъ видовъ кишечныхъ глистъ ясно замѣтными утолщеніями на обоихъ полюсахъ.

Всѣ ленточныя глисты похожи между собой въ томъ отношеніи, что состоятъ изъ ряда члениковъ, соединенныхъ въ цѣпочку; по мѣрѣ приближенія къ головкѣ, членики дѣлаются все меньше и меньше, такъ что въ самой тонкой части глисты, такъ называемой шейкѣ, имѣющей видъ нитки, дѣлаются неразличимыми для простого глаза.

Самая маленькая изъ нихъ **taenia nana.** Глиста эта считается большой рѣдкостью для Россіи и для западной Европы (она водится главнымъ образомъ въ Египтѣ и въ Южной Италіи). До прошлаго года въ Россіи былъ описанъ только одинъ случай этой глисты проф. Аѳанасьевымъ въ Петербургѣ; случай этотъ относился къ молодому солдату. Изслѣдованіе испражненій въ нашей клиникѣ показало однако, что taen. nana встрѣчается въ Москвѣ не особенно рѣдко, такъ какъ въ теченіе весны намъ встрѣтились 3 случая этой глисты, сначала у мальчика 8 лѣтъ и его сестры 6 лѣтъ, а потомъ у дѣвочки 1 г. 3 мѣсяцевъ, умершей отъ ларингоспазма.

Несмотря на то, что глиста эта водится въ кишкахъ обыкновенно въ громадномъ количествѣ, а именно въ числѣ нѣсколькихъ сотенъ, отыскивать ее въ испражненіяхъ дѣло довольно трудное, потому что глиста эта очень тонка и мала. Мы поступали

такимъ образомъ: брали на кончикъ ножа жидкое содержимое кишекъ и разбалтывали его въ тарелкѣ съ водой; экскременты, какъ болѣе тяжелые, послѣ взбалтыванія скоро падаютъ на дно, а глисты, какъ болѣе легкія, нѣкоторое время остаются взвѣшенными въ водѣ и тогда ихъ легко замѣтить и выловить.

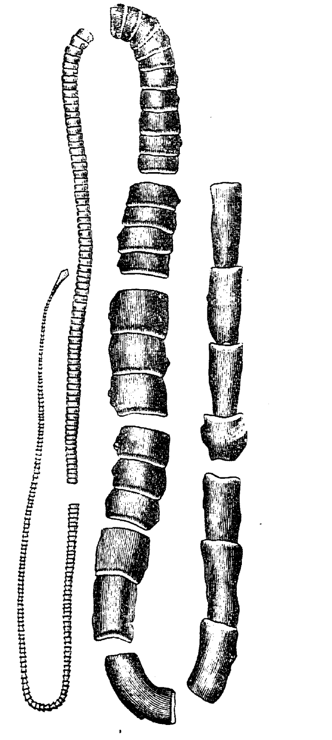
Длина глисты 1—2 снт. ширина 0,5—1 мм.; головка какъ у солитера—съ 4-мя присосками, хоботкомъ и вѣнчикомъ изъ крючковъ; членики, какъ у botrioc. latus болѣе широки чѣмъ длинны, но отличаются микроскопической величиной, такъ что на пространствѣ сантиметра можно насчитать до 150 члениковъ; половыя отверстія (опять таки какъ у широкаго лентеца) помѣщаются не на краю членика, а въ серединѣ его и притомъ всѣ съ одной стороны. Яица овальной формы по величинѣ равняются яицамъ солитера, отъ которыхъ легко отличаются по оболочкѣ: она толста, но не представляетъ лучеобразныхъ полосокъ. Въ яйцѣ виденъ зародышъ, имѣющій отъ 4 до 6 крючковъ (рис. въ концѣ книги).

Taenia cucumerina достигаетъ только $^1/_4$—$^1/_2$ аршина длины и однимъ ужъ этимъ признакомъ рѣзко отличается отъ другихъ видовъ лентецовъ, длина которыхъ доходитъ до нѣсколькихъ аршинъ. Другое важное отличіе — это красный цвѣтъ зрѣлыхъ члениковъ (у всѣхъ другихъ глистъ — они бѣлаго цвѣта), изъ которыхъ каждый снабженъ двумя половыми отверстіями, по одному съ каждой стороны. По устройству головы она всего больше похожа на t. solium, такъ какъ имѣетъ 4 присоски и хоботокъ, окруженный вѣнчикомъ изъ крючковъ. Зараженіе дѣтей происходитъ отъ собакъ, при посредствѣ особаго рода вши, извѣстной подъ именемъ волосоѣда (trichodectes canis). Вошь поѣдаетъ яйца глисты, случайно приставшія къ волосамъ собаки, заражается финнами, а потомъ, попадая въ ротъ ребенка, заражаетъ его цѣпенемъ.

Широкій лентецъ легко отличается отъ двухъ другихъ видовъ солитера, какъ по устройству головки, такъ и по формѣ члениковъ. У taen. sol. и t. mediocanel. четыреугольная головка снабжена 4-мя круглыми присосками и у перваго, кромѣ того, хоботкомъ, окруженнымъ крючками (вѣнчикъ), у botrioc. latus — головка овальная съ двумя продолговатыми ямками. Зрѣлые членики у первыхъ двухъ цилиндрической формы, длина каждаго членика приблизительно въ $1^1/_2$ раза больше ширины, а у botr. lat. наоборотъ — поперечникъ членика больше его длины. Половыя отверстія открываются у широкаго лентеца въ срединѣ плоской поверхности членика и всѣ на одной сторонѣ, а у тѣхъ двухъ по серединѣ того или другого края.

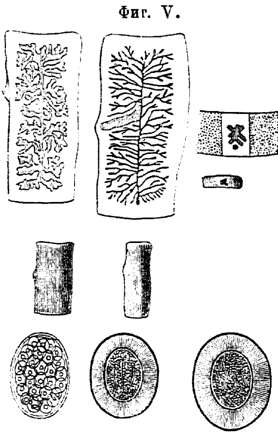
Taen. solium и *t. mediocanel.* Фиг. IV. легко отличаются другъ отъ друга только по головкѣ, такъ какъ членики ихъ очень похожи между собой и отличаются развѣ только тѣмъ, что у t. sol. матка, идущая по срединѣ членика, даетъ въ обѣ стороны гораздо меньше вѣтвей (7—12), чѣмъ у t. mediocanel. (25—30) Фиг. V. Чтобы

Фиг. IV.



Различныя части солитера въ натур. велич.

Фиг. V.



Въ верхнемъ ряду въ увелич. видѣ членики taen. sol., taen. mediоc. и botrioc. latus въ среднемъ ряду членики натуральн. велич. въ нижнемъ яица: лѣвое batrioc. latus, въ срединѣ taen sol и правое t. mediocan.

видѣть эти вѣтви, надо слегка сдавить членикъ между двухъ стеколъ и смотрѣть на свѣтъ. Для t. mediocanel. характерно до нѣкоторой степени то, что его членики нерѣдко выходятъ и безъ испражненія, тогда какъ у t. solium это наблюдается лишь въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ. Есть еще разница и въ формѣ яицъ: у

t. sol. они болѣе круглой формы, а у t. medioc. — овальной (эта разница на рисункѣ не вышла). Наконецъ, можно пользоваться для діагностики и анамнезомъ, такъ какъ извѣстно, что солитеромъ человѣкъ заражается при употребленіи сырой свинины, а невооруженнымъ цѣпенемъ — говядины.

Нерѣдко случается, что присутствіе въ кишкахъ аскаридъ или ленточныхъ глистъ не выражается никакими симптомами и узнается только послѣ выхода или цѣлой глисты (аскариды), или отдѣльныхъ члениковъ и цѣпочекъ. Въ другихъ случаяхъ, хотя и появляются различные припадки со стороны нервной системы (головокруженіе, наклонность къ обморокамъ, скрежетъ зубовъ, хореобразныя или эклямпсическія судороги, расширеніе зрачковъ, зудъ носа) или со стороны органовъ пищеваренія (тошнота и рвота натощакъ, приступы коликъ, неправильность стула, измѣнчивый аппетитъ), или со стороны общаго питанія (блѣдность, *злокачественное малокровіе,* общая слабость, неправильнаго типа лихорадка), но всѣ эти симптомы настолько нехарактерны и непостоянны, что на основаніи ихъ можно только предполагать существованіе глистъ. Болѣе точная діагностика основывается или на микроскопическомъ изслѣдованіи кала въ смыслѣ открытія въ немъ яицъ той или другой глисты, или на результатахъ пробнаго лѣченія.

Что касается до яицъ, то ихъ всегда можно найти при оксіурахъ, аскаридахъ, широкомъ лентецѣ и taen. nona, но не при taen. solium и mediocan., которые не откладываютъ своихъ яицъ въ кишечникѣ человѣка, и находка ихъ обусловливается случайнымъ разрушеніемъ зрѣлаго членика въ кишкахъ, но за то эти два вида глистъ по временамъ даютъ о себѣ знать выходомъ члениковъ.

Если подозрѣваются у больного аскариды, то даютъ ему нѣсколько порошковъ сантонина и въ случаѣ успѣха продолжаютъ лѣченіе до полнаго изгнанія глистъ. Если же больной страдаетъ солитеромъ, то, наблюдая за стуломъ, обыкновенно удается по прошествіи нѣсколькихъ дней замѣтить въ немъ членики и безъ назначенія спеціальныхъ средствъ, такъ какъ очень рѣдко бываетъ, чтобъ членики не выходили въ теченіе долгаго времени. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ діагностика солитера облегчается тѣмъ, что больной самъ приноситъ врачу corpus delicti въ видѣ отдѣльныхъ члениковъ солитера или цѣлыхъ цѣпочекъ.

Болѣзни органовъ дыханія.

Болѣзни верхнихъ воздухоносныхъ путей.

Насморкъ — rhinitis s. coryza выражается краснотой и набухлостью слизистой оболочки и усиленнымъ отдѣленіемъ въ началѣ свѣжихъ случаевъ прозрачной жидкой слизи, а позднѣе и въ хроническихъ насморкахъ, — болѣе густого слизисто-гнойнаго секрета. Если этотъ послѣдній застаивается, особенно въ сосѣднихъ полостяхъ рѣшетчатыхъ костей, и разлагается, то получается вонь изъ носа — *хроническій вонючій насморкъ.*

Діагностика насморка не представляетъ никакихъ затрудненій; вопросъ можетъ итти только о причинахъ его, которыя бываютъ различны, смотря по тому, имѣемъ ли дѣло съ острымъ насморкомъ, или съ хроническимъ.

Острый насморкъ рѣдко является у дѣтей въ видѣ самостоятельнаго страданія подъ вліяніемъ какихъ-либо случайныхъ, мѣстно дѣйствующихъ причинъ, или простуды. Гораздо чаще онъ служитъ выраженіемъ общаго заболѣванія организма, именно гриппа или кори (рѣдко коклюша) и сопровождается тогда катаррами другихъ органовъ: глазъ, бронховъ и проч. Насморкъ является однимъ изъ первыхъ симптомовъ этихъ болѣзней и потому въ случаѣ существованія той или иной эпидеміи позволяетъ ставить діагностику еще задолго до развитія другихъ болѣе характерныхъ симптомовъ (см. гл. о гриппѣ). Важное значеніе насморка для діагностики начинающейся лихорадочной болѣзни явствуетъ еще и изъ того, что онъ служитъ важнымъ критеріемъ для исключенія нѣкоторыхъ болѣзней, могущихъ быть смѣшанными съ гриппомъ въ теченіе первыхъ дней заболѣванія, но которымъ совсѣмъ несвойственъ насморкъ, каковы напр. тифъ, возвратная горячка, оспа, скарлатина.

Въ иныхъ случаяхъ слизистая оболочка носа служитъ мѣстомъ первичной локализаціи дифтеріи. При діагностикѣ *первичнаго дифтерита носа* или дифтеритическаго насморка отъ простого надо имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства: во 1-хъ, *характеръ эпидеміи.* Рѣдко случается, чтобы дифтеритъ въ какой-нибудь семьѣ начался въ видѣ дифтерита носа, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ онъ проявляется у кого либо изъ членовъ семейства въ обыкновенной формѣ дифтерита зѣва, а потомъ передается при

случаѣ и въ видѣ дифтерита носа, особенно груднымъ дѣтямъ; первичный дифтеритъ носа встрѣчается вообще рѣдко и потому едва ли когда-нибудь появляется онъ одновременно у двоихъ, троихъ дѣтей, тогда какъ простой насморкъ, наоборотъ, рѣдко ограничивается однимъ ребенкомъ, обыкновенно же наблюдается у многихъ и притомъ какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ, такъ какъ онъ довольно заразителенъ; у однихъ онъ протекаетъ безъ лихорадки, у другихъ съ жаромъ; у третьихъ, кромѣ того еще и съ кашлемъ и т. д.

Во 2-хъ, *возрастъ*. Первичный дифтеритъ носа есть болѣзнь, по преимуществу, грудныхъ дѣтей, тогда какъ простой насморкъ не дѣлаетъ исключенія ни для какого возраста.

Въ 3-хъ *общіе симптомы* при дифтеритѣ носа всегда бываютъ выражены сильнѣе, чѣмъ при простомъ насморкѣ: ребенокъ блѣднѣетъ, глаза выражаютъ слабость; при простомъ насморкѣ температура, хотя тоже можетъ быть высока (до 40), но она стоитъ какъ бы въ противорѣчіи съ сравнительно бодрымъ видомъ ребенка.

Въ 4-хъ, *мѣстныя явленія*. Подозрѣвать начало дифтерита носа у грудного ребенка можно въ томъ случаѣ, если насморкъ занимаетъ только одну сторону носа или если при простомъ насморкѣ показывается примѣсь крови къ отдѣляемому или носовое кровотеченіе (почти никогда при простомъ катаррѣ носа!). Вѣроятность увеличивается, если отдѣляемое оказывается настолько ѣдкимъ, что очень скоро появляются ссадины на верхней губѣ и на краяхъ ноздрей, и кончикъ носа слегка припухаетъ, и если притомъ припухаютъ подчелюстныя железы. Такой комплексъ симптомовъ, какъ *слабый видъ ребенка, жаръ, насморкъ съ желтоватыми ссадинами на ноздряхъ и опухоль железъ,* настолько характеристиченъ для дифтерита носа, что позволяетъ предполагать эту болѣзнь на разстояніи. Наконецъ, діагностика дѣлается совсѣмъ несомнѣнной, если при осмотрѣ носа удается открыть присутствіе дифтеритическихъ перепонокъ на внутренней поверхности крыльевъ носа или на перегородкѣ. Такъ какъ дифтеритъ носа начинается обыкновенно съ заднихъ частей, то невидимость перепонокъ при осмотрѣ носа спереди нисколько не исключаетъ этого страданія; въ такомъ случаѣ нерѣдко удается извлечь ихъ посредствомъ корпійной турундочки или спрынцованіемъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи дифтеритъ съ носа почти всегда распространяется на зѣвъ, и тогда просмотрѣть или не узнать болѣзни ужъ совсѣмъ невозможно. Въ одномъ случаѣ первичнаго дифтерита носа у взрослаго діагностика

могла быть установлена съ первыхъ дней заболѣванія, благодаря обильному присутствію Löffler'скаго бацилла въ носовой слизи.

Дифтеритическій насморкъ, встрѣчающійся при дифтеритѣ зѣва и при злокачественной скарлатинѣ, не представляетъ затрудненій для діагностики, такъ какъ натура его выясняется присутствіемъ дифтеритическаго экссудата въ зѣвѣ и на задней стѣнкѣ глотки.

Хроническій насморкъ отличается отъ остраго отсутствіемъ лихорадки и главнымъ образомъ продолжительностью. У дѣтей старшаго возраста онъ служитъ обычнымъ спутникомъ золотухи, у дѣтей 1—3 лѣтъ — хроническихъ экцемъ лица, а у новорожденныхъ насморкъ служитъ очень важнымъ признакомъ врожденнаго сифилиса. Признакъ этотъ мы считаемъ важнымъ, во 1-хъ, въ виду его ранняго появленія (именно раньше многихъ другихъ симптомовъ сифилиса) и, во 2-хъ, въ виду того, что при врожденномъ сифилисѣ онъ рѣдко отсутствуетъ. Отъ простого насморка, который тоже можетъ встрѣтиться у новорожденныхъ, coryza siphilitica отличается медленнымъ развитіемъ, сухимъ характеромъ и отсутствіемъ катарровъ сосѣднихъ слизистыхъ оболочекъ (глазъ, бронховъ); при обыкновенномъ насморкѣ скоро появляется течь, и катарръ имѣетъ большую наклонность переходить на сосѣдніе органы, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ онъ есть слѣдствіе гриппа.

Подозрительно далѣе, если при насморкѣ у ребенка нѣсколькихъ дней жизни появляются по временамъ носовыя кровотеченія или сукровичное выдѣленіе; и то и другое бываетъ еще при дифтеритѣ носа, но тогда насморкъ сопровождается болѣе или менѣе сильной лихорадкой, (каковой при coryza syph. не бываетъ), и если, несмотря на лѣченіе и правильное гигіеническое содержаніе, насморкъ появляется у недоношеннаго ребенка. Всякія сомнѣнія исчезаютъ, когда черезъ нѣкоторое время появляются другіе симптомы сифилиса (см. гл. о сифилисѣ).

Если хроническій насморкъ упорно держится въ одной сторонѣ носа, то слѣдуетъ подозрѣвать или инородное тѣло въ носу (изслѣдованіе зондомъ), или полипъ.

Носовое кровотеченіе само по себѣ узнается легко, но не всегда удается открыть причину его. Если кровотеченіе происходитъ изъ заднихъ частей носа, и больной лежитъ при этомъ на спинѣ, то кровь, не показываясь наружу, можетъ стекать по задней стѣнкѣ глотки въ желудокъ и потомъ извергаться рвотой — ложная кровавая рвота. Источникъ кровотеченія выясняется или присутствіемъ кровяныхъ сгустковъ въ носу, или остатками крови на задней стѣнкѣ

глотки, или, въ крайности, дальнѣйшимъ наблюденіемъ за больнымъ, при чемъ его слѣдуетъ класть въ постель не иначе, какъ съ высоко поднятой головой.

Въ этіологическомъ отношеніи носовыя кровотеченія могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи; къ первой относятся случайныя кровотеченія, наступающія подъ вліяніемъ опредѣленныхъ, скоро проходящихъ причинъ и потому не повторяющіяся. Сюда принадлежатъ напр. травматическія носовыя кровотеченія, а также кровотеченія во время острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности при тифѣ, кори и рекуррентѣ и при morbus maculos. Werlhofii.

Ко 2-й категоріи относятся случаи часто повторяющихся кровотеченій и притомъ нерѣдко безъ всякаго замѣтнаго повода. Сюда принадлежатъ прежде всего т. н. *привычныя* носовыя кровотеченія, для которыхъ, сплошь и рядомъ, не удается открыть никакихъ особыхъ причинъ, такъ что приходится допустить „индивидуальное расположеніе“ къ разрыву капилляровъ слизистой оболочки носа. Замѣчательно, что громадную роль играетъ тутъ возрастъ: у дѣтей до 4—5 лѣтъ этихъ привычныхъ кровотеченій почти никогда не бываетъ, но въ возрастѣ отъ 7 до 12 они встрѣчаются часто. По наблюденію Rendu (Rev. mens. d. mal. de l'enf. 1884) привычныя носовыя кровотеченія нерѣдко встрѣчаются у дѣтей, на видъ совершенно здоровыхъ, но при разспросѣ оказывается, что они уже давно страдаютъ неясно-выраженными ревматоидными болями; моча ихъ мутна съ осадкомъ изъ мочекислыхъ солей. Такія дѣти часто страдаютъ мигренями. Носовые приливы, кончающіеся кровотеченіями, въ подобныхъ случаяхъ, по мнѣнію R., вполнѣ аналогичны остро-ревматическимъ приливамъ къ сочлененіямъ въ болѣе позднемъ возрастѣ и требуютъ назначенія ребенку антиартритической діэты (щелочная вода, поменьше мяса и полное запрещеніе вина).

При существованіи расположенія къ кровотеченіямъ, производящими причинами могутъ быть высокая температура комнаты или воздуха (многія дѣти страдаютъ носовыми кровотеченіями только въ жаркіе лѣтніе дни), усиленныя умственныя занятія при согнутомъ сидячемъ положеніи тѣла и особенно при узкомъ воротникѣ, утомительныя физическія упражненія, напр. во время игръ, наконецъ, по нѣкоторымъ, онанизмъ и періодъ развитія у дѣвочекъ.

Въ другихъ случаяхъ привычныя носовыя кровотеченія являются симптомомъ хроническихъ пороковъ сердца или болѣзней крови, каковы: настоящая и ложная лейкемія, хлорозъ. Носовыя кровотеченія, ежедневно повторяющіяся иногда по нѣскольку разъ въ

день, послѣ пароксизмовъ сильнаго кашля, указываютъ съ большой вѣроятностью на коклюшъ.

Изъ болѣзней носа ведутъ къ повторнымъ кровотеченіямъ въ особенности полипы и язвенные процессы. Замѣчательно, что острый насморкъ хотя и сопровождается всегда значительной гиперемiей слизистой оболочки, но къ носовымъ кровотеченіямъ не ведетъ почти никогда за исключеніемъ случаевъ, протекающихъ съ образованіемъ небольшихъ ссадинъ на носовой перегородкѣ. Насморкъ съ сукровичнымъ отдѣляемымъ у новорожденныхъ дѣтей всего чаще встрѣчается при наслѣдственномъ сифилисѣ.

Въ двухъ моихъ случаяхъ у дѣвочекъ 6-ти и 11-ти лѣтъ, носовыя кровотеченія повторялись въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ и притомъ всякій разъ около 12—2 часовъ ночи, во время сна, и прекратились послѣ одного пріема хинина, а потому я предполагаю, что имѣлъ дѣло въ этихъ случаяхъ съ febris intermittens larvata.

Болѣзни гортани и трахеи, характеризующіяся стенотическимъ дыханіемъ.

Подъ именемъ стенотическаго дыханія мы понимаемъ комплексъ симптомовъ, зависящій отъ съуженія гортани или трахеи. Узнать стенотическое дыханін легко. Во 1-хъ, оно всегда сопровождается особаго рода шумомъ, производимымъ токомъ воздуха черезъ суженное мѣсто и извѣстнымъ подъ именемъ инспираторнаго стенотическаго шума. Во 2-хъ, вслѣдствіе затрудненнаго доступа воздуха къ легкимъ, послѣднія не могутъ поспѣть за расширеніемъ грудной клѣтки при вдыханіи, а потому въ послѣдней образуется какъ-бы пустое пространство, чѣмъ обусловливаются явленія аспираціи, т.-е. втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки въ видѣ западенія во время акта дыханія надключичныхъ и яремной ямокъ, межреберныхъ промежутковъ и въ особенности подложечки и вообще нижней периферіи грудной клѣтки вдоль мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы (такъ какъ послѣдняя тоже аспирируется и потому во время вздоха опуститься не можетъ, то при своемъ сокращеніи она втягиваетъ внутрь нижнюю периферію грудной клѣтки). Въ 3-хъ, затрудненный проходъ воздуха къ легкимъ обусловливаетъ одышку, ради которой больной заставляетъ усиленно работать всѣ свои вспомогательныя вдыхательныя мышцы, что выражается раздуваніемъ ноздрей и рельефнымъ выступаніемъ шейныхъ мышцъ.

Итакъ, *стенотическій вдыхательный шумъ, втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки и работа вспомогательныхъ мышцъ* — вотъ основные симптомы *стенотическаго дыханія*.

Если одышка зависитъ не отъ суженія дыхательнаго горла или гортани, а отъ болѣзней легкихъ и мелкихъ бронховъ, то при ней тоже можетъ встрѣтиться втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки и усиленная работа вспомогателей, но не бываетъ характернаго стенотическаго шума.

Имѣя дѣло съ стенотическимъ дыханіемъ, приходится рѣшать вопросы о степени его, о мѣстѣ суженія и о причинѣ его.

Знать *степень стеноза* важно потому, что отъ этого зависитъ до нѣкоторой степени не только діагностика, но также и образъ дѣйствія врача и рѣшеніе вопроса о производствѣ трахеотоміи. Всякое дѣленіе стеноза на степени будетъ конечно искусственнымъ, такъ какъ между самыми легкими и тяжелыми случаями существуютъ всевозможныя градаціи, но приблизительно можно различать три степени стеноза: легкую, среднюю и тяжелую.

Въ случаяхъ легкой степени стенотическій шумъ и другіе припадки стеноза появляются только при сильныхъ дыхательныхъ движеніяхъ, напр. при крикѣ, а при спокойномъ дыханіи никакихъ признаковъ затрудненнаго доступа воздуха къ легкимъ не замѣтно.

Случаи средней силы, не представляющіе непосредственной опасности и потому не требующіе безотлагательнаго производства трахеотоміи, характеризуются тѣмъ, что хотя стенотическій шумъ, втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки и работа шейныхъ мышцъ замѣчаются и при покойномъ дыханіи, но больной въ состояніи все-таки компенсировать послѣдствія суженія и потому кислородному голоданію не подвергается и не представляетъ симптомовъ затрудненнаго кровообращенія, въ видѣ напр. ціаноза.

Наконецъ, тяжелые случаи характеризуются тѣмъ, что больной чувствуетъ недостатокъ кислорода, онъ задыхается и потому сильно безпокоится, лицо его выражаетъ мучительную тоску, онъ мечется въ постели, хватается руками за шею и т. п. Отъ аспираціи крови къ легкимъ артеріи запустѣваютъ (блѣдное лицо и холодныя конечности), а вены переполняются (синюха губъ, пальцевъ). Такое состояніе не можетъ продолжаться долго, и если препятствіе не будетъ немедленно устранено, то больной или умираетъ во время припадка задушенія, напр. отъ случайной закупорки суженнаго мѣста комкомъ слизи, или впадаетъ въ состояніе сонливости и упадка силъ, дыханіе дѣлается поверхностнымъ и не столь громкимъ, зрачки рас-

ширяются, ціанозъ усиливается, наступаетъ наконецъ общая анестезія, и больной умираетъ отъ отравленія углекислотой.

Что касается до опредѣленія *мѣста суженія,* то вопросъ сводится къ тому, находится ли препятствіе для прохода воздуха въ зѣвѣ, въ гортани или въ трахеѣ.

Если больной поддается изслѣдованію лярингоскопомъ, то дѣло выясняется очень просто, и врачъ сразу опредѣляетъ не только мѣсто суженія, но и причину его; къ сожалѣнію, въ дѣтскомъ возрастѣ лярингоскопія часто оказывается непримѣнимой, и приходится итти окольнымъ путемъ.

Препятствія со стороны зѣва, въ видѣ ли чрезмѣрно распухшихъ миндалинъ или заднеглоточнаго абсцесса, сравнительно легко опредѣляются глазомъ и ощупываніемъ пальцемъ, но не всегда легко отличить суженіе гортани отъ стенозовъ трахеи. Помимо теченія болѣзни, мы руководствуемся еще свойствомъ голоса и кашля и экскурсіями гортани. Если голосъ больного представляется хриплымъ, а кашель лающимъ (короткіе толчки съ грубымъ кашлевымъ звукомъ, „больной кашляетъ точно въ бочку", по выраженію матерей), то мѣсто суженія находится въ гортани. Правило это допускаетъ однако исключенія: съ одной стороны, голосъ можетъ остаться чистымъ при пораженіи гортани, напр. при двустороннемъ параличѣ мышцъ, расширяющихъ голосовую щель; а съ другой стороны, онъ можетъ быть измѣненъ и при стенозахъ трахеи, напр. при осложненіяхъ катарромъ гортани или просто вслѣдствіе слабаго тока воздуха при затрудненномъ выдыханіи; если суженіе достигло извѣстной степени, то при пораженіи гортани съ каждымъ вдыханіемъ замѣчается опусканіе гортани по направленію къ яремной ямкѣ (слѣдствіе аспираціи), чего не бываетъ въ томъ случаѣ, если стенозъ занимаетъ нижнюю часть трахеи.

При діагностикѣ мѣста суженій можно руководствоваться еще и тѣмъ, что всѣ случаи остраго развитія стеноза дыхательныхъ путей, за исключеніемъ инородныхъ тѣлъ, относятся или къ гортани, или зѣву, но не къ трахеѣ, а хроническіе или къ трахеѣ, или къ гортани, или къ зѣву.

Въ *этіологическомъ отношеніи* всѣ стенозы верхнихъ дыхательныхъ путей могутъ быть раздѣлены на острые и хроническіе. Къ первымъ относятся флегмонозная жаба, заднеглоточный абсцессъ, ложный и настоящій крупъ, инородныя тѣла въ гортани, отекъ ея; къ хроническимъ — новообразованія въ гортани, преимущественно папилломы и сифилисъ, perichondritis, сдавленіе трахеи опухолями

щитовидной желѣзы или лимфатическихъ железъ шейныхъ и бронхіальныхъ.

Острыя болѣзни гортани, ведущія къ стенозу ея.

Остро развивающійся стенозъ гортани всего чаще встрѣчается у дѣтей при катарральномъ и при фибринозномъ воспаленіи слизистой оболочки гортани, т.-е. при ложномъ и при настоящемъ крупѣ.

Подъ именемъ **ложнаго крупа** мы понимаемъ такого рода катарръ гортани, при которомъ припухлость слизистой оболочки обусловливаетъ суженіе просвѣта гортани и зависящее отъ того стенотическое дыханіе. Какъ показалъ Rauchfuss, припадки ложнаго крупа являются, главнымъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда отечно припухаетъ подслизистая ткань тотчасъ подъ голосовыми связами, откуда и названіе laryngits subchordalis. При **настоящемъ крупѣ** дѣло идетъ о крупозномъ воспаленіи слизистой оболочки гортани, характеризующемся образованіемъ фибринозныхъ перепонокъ на всемъ ея протяженіи.

Хотя въ обоихъ случаяхъ мы имѣемъ почти одинаковые симптомы, именно: стенотическое дыханіе, грубый, лающій кашель и хриплый голосъ, но, тѣмъ не менѣе, въ громадномъ большинствѣ случаевъ дифференціальная діагностика не представляетъ особыхъ затрудненій. Рѣзкая разница между ложнымъ и настоящимъ крупомъ выступаетъ ужъ съ самаго начала болѣзни: ложный крупъ *начинается внезапно;* больной ложится вечеромъ въ постель здоровымъ, у него былъ только, можетъ быть, насморкъ и легкій кашель, онъ проспалъ благополучно часа 2—3 и вдругъ просыпается съ грубымъ кашлемъ и съ затрудненнымъ дыханіемъ; при чемъ стенозъ можетъ достигать даже тяжелой степени; такая сцена продолжается обыкновенно недолго: въ счастливыхъ случаяхъ уже черезъ 15—20 минутъ, въ болѣе тяжелыхъ черезъ 1—2 часа, явленія стеноза ослабѣваютъ, и больной засыпаетъ до утра. Утромъ онъ дышетъ свободно, стенозъ исчезъ совсѣмъ или проявляется только при крикѣ (легкая степень), кашель сдѣлался влажнѣе, но еще не утратилъ грубаго характера. Слѣдующую ночь приступъ стенотическаго дыханія можетъ повториться снова, но обыкновенно онъ бываетъ слабѣе, чѣмъ первый разъ, и вообще съ каждымъ днемъ больному дѣлается лучше, и черезъ нѣсколько дней онъ совсѣмъ выздоравливаетъ.

Настоящій крупъ никогда не начинается такъ внезапно; прежде, чѣмъ дойдетъ при немъ дѣло до тяжелой степени стеноза, больной въ теченіе 2—4 дней представляетъ симптомы обыкновеннаго катарра гортани: голосъ больного вначалѣ едва охрипшій, кашель рѣдкій и влажный, стеноза еще нѣтъ. На слѣдующій день всѣ припадки усиливаются, кашель принимаетъ по временамъ лающій характеръ, развивается хрипота и появляется легкая степень стеноза (при крикѣ); на другой день больному еще хуже, и когда болѣзнь дойдетъ до значительнаго стеноза, то онъ держится въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, усиливаясь по временамъ до степени почти смертельнаго удушенія и потомъ нѣсколько ослабѣваетъ, но никогда до полныхъ антрактовъ, какъ при ложномъ крупѣ. Если больной не задохнется во время одного изъ приступовъ, то онъ скоро (черезъ 1—3 дня) впадаетъ въ состояніе коллапса и умираетъ при симптомахъ медленнаго отравленія углекислотой.

Однимъ словомъ, для ложнаго крупа характерно *внезапное и быстрое развитіе явленій стеноза гортани и короткая ихъ продолжительность,* а для настоящаго—*постепенное начало и прогрессивное усиленіе симптомовъ стеноза въ теченіе нѣсколькихъ дней.*

Степень стеноза сама по себѣ не имѣетъ особаго діагностическаго значенія, такъ какъ очень значительное суженіе гортани можетъ встрѣтиться и при ложномъ крупѣ; гораздо важнѣе *продолжительность* припадковъ. При ложномъ крупѣ стенотическія явленія развиваются быстро, но держатся недолго, не долѣе нѣсколькихъ часовъ; при истинномъ крупѣ развитіе стеноза идетъ постепенно и прогрессивно и, разъ развившись, онъ остается ужъ до самой смерти или, по крайней мѣрѣ, въ теченіе нѣсколькихъ дней до наступленія періода выздоровленія, которое совершается тоже постепенно, а потому, *если черезъ сутки припадки стеноза не только не исчезаютъ, но даже усиливаются,* то, по всей вѣроятности, это крупъ настоящій.

При ложномъ крупѣ часто встрѣчается *несоотвѣтствіе между силой стеноза и хрипотой голоса* и кашля, т.-е. при немъ можетъ быть, напр., лающій кашель и затрудненное дыханіе при довольно чистомъ голосѣ (когда при нормальныхъ голосовыхъ связкахъ есть сильная опухоль субхордальной слизистой оболочки—Rauchfuss, Dehio), особенно при крикѣ голосъ часто оказывается еще громкимъ, или наоборотъ, голосъ пропадаетъ до степени афоніи, а между тѣмъ кашель остается не очень грубымъ и стеноза почти нѣтъ

(когда при катарральной набухлости истинныхъ голосовыхъ связокъ субхордальная слиз. об. не припухаетъ замѣтнымъ образомъ); при настоящемъ крупѣ, напротивъ, всѣ эти припадки бываютъ выражены пропорціонально другъ другу, такъ что если дѣло дошло до рѣзко выраженнаго стеноза гортани, то при этомъ и голосъ будетъ афониченъ и кашель лающій.

Кашель при истинномъ крупѣ, въ большинствѣ случаевъ сначала рѣдкій и не хриплый, потомъ становится чаще, сильнѣе (пароксизмами) и хриплѣе; наоборотъ, при катаррѣ гортани онъ сразу принимаетъ хриплый, лающій характеръ и бываетъ очень частъ, а черезъ нѣсколько часовъ катарръ разрѣшается и кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе.

Боль при давленіи на область гортани бываетъ сильнѣе выражена при настоящемъ крупѣ, равно какъ при немъ только дѣло доходитъ до ціаноза и до общей анестезіи (отравленіе крови CO_2).

Если больной настолько великъ, что умѣетъ отхаркивать мокроту, то изслѣдованіе ея можетъ дать самыя надежныя основанія для діагностики, такъ какъ *отхаркиваніе ложныхъ перепонокъ* безапелляціонно рѣшаетъ вопросъ въ пользу настоящаго крупа, но обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, такъ какъ далеко не каждый больной крупомъ отхаркиваетъ перепонки.

Такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ крупъ развивается при дифтеритѣ зѣва, то изслѣдованіе зѣва является тоже очень важнымъ подспорьемъ для діагностики: при ложномъ крупѣ мы находимъ здѣсь или совсѣмъ нормальную слизистую оболочку, или легкую красноту, а при настоящемъ крупѣ—дифтеритическія бляшки на миндалинахъ или на мягкомъ небѣ и задней стѣнкѣ глотки.

Наконецъ, рѣшающее значеніе въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ имѣть и анамнезъ; дѣло въ томъ, что ложный крупъ оказываетъ особую наклонность повторяться у одного и того же субъекта нѣсколько разъ въ жизни, тогда какъ настоящій крупъ никогда не повторяется; а потому, если извѣстно, что больной уже прежде когда-нибудь страдалъ крупомъ, то можно предполагать съ большой увѣренностью, что крупъ у него былъ ложный и что таковой же и теперь.

До сихъ поръ рѣчь у насъ шла о діагностикѣ типическихъ случаевъ ложнаго крупа, составляющихъ громадное большинство, но несомнѣнно встрѣчаются и болѣе тяжелыя формы ларингита, которыя характеризуются болѣе продолжительнымъ періодомъ стеноза,

способнымъ довести больного до асфиксіи и смерти отъ задушенія, не смотря на полное отсутствіе въ гортани фибринознаго экссудата. Подобные ляринигиты, характеризующіеся значительной припухлостью слизистой оболочки и подслизистой ткани всей гортани и особенно надгортанника и lig. aryepiglot., описывающіеся иногда подъ именемъ *laryngitis submucosa* происходятъ или отъ простуды, отличаясь отъ настоящаго крупа чрезвычайно быстрымъ развитіемъ значительнаго стеноза, или послѣ нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности оспы и кори, или подъ вліяніемъ травмы (застрявшія въ гортани инородныя тѣла, ожоги кипяткомъ). Дифференціальная діагностика подобныхъ ларингитовъ отъ крупа возможна только при помощи ларингоскопа. Однихъ этіологическихъ моментовъ для этого рѣшительно недостаточно, такъ какъ несомнѣнно, что крупозное воспаленіе слизистыхъ оболочекъ вообще и въ частности гортани обусловливается отнюдь не однимъ лишь вліяніемъ яда дифтеріи, но можетъ развиться и отъ другихъ причинъ; сюда относится, напр., незаразительный т. н. спорадическій крупъ, ларингитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ кори (вторичный крупъ по Rilliet и Barthez'у), искусственный крупъ гортани у животныхъ, вызванный ожогомъ нашатырнымъ спиртомъ и проч.

Большое сходство съ крупомъ могутъ представить также случаи **отека гортани.** Здѣсь діагностика основывается, главнымъ образомъ, на этіологіи даннаго заболѣванія и на быстротѣ развитія симптомовъ стеноза.

Отекъ гортани развивается или подъ вліяніемъ гидреміи при болѣзняхъ почекъ и тогда въ большинствѣ случаевъ онъ составляетъ только часть общей водянки, при каковомъ условіи причина стеноза узнается легко; иногда, правда очень рѣдко, случается и такъ, что отекъ гортани является первымъ симптомомъ водянки и въ такомъ случаѣ безъ изслѣдованія мочи діагностика не можетъ быть сдѣлана.

Въ другихъ случаяхъ отекъ гортани присоединяется къ сильнымъ воспалительнымъ процессамъ въ сосѣднихъ органахъ, напр. при angina Ludowici, флегмонозныхъ тонзиллитахъ, заднеглоточныхъ нарывахъ, а также къ язвеннымъ процессамъ въ самой гортани (сифилисъ, туберкулезъ) и перихондриту въ острыхъ случаяхъ: скарлатина, оспа, тифъ; въ хроническихъ — сифилисъ, чахотка.

Кромѣ этіологіи, при діагностикѣ отека гортани или laryngitidis submucosae можно пользоваться еще данными, получаемыми при осмотрѣ: при сильномъ надавливаніи шпателемъ на корень языка

часто удается увидать чрезвычайно утолщенный и обезображенный надгортанникъ, и ощупываніемъ входа въ гортань пальцемъ, которымъ, при нѣкоторомъ навыкѣ, легко достигнуть до надгортанника и до lig. aryepiglot.

Стенозъ гортани или трахеи, вызванный присутствіемъ **инороднаго тѣла,** узнается, большею частію, легко уже по анамнезу: ребенокъ, будучи совершенно здоровымъ, игралъ какими-нибудь мелкими вещами, и вдругъ съ нимъ сдѣлался сильный припадокъ: онъ закашлялся и потомъ сталъ трудно дышать. Вотъ характерныя данныя, которыя получаются отъ родителей. Если анамнеза нѣтъ или онъ слишкомъ скуденъ, то дѣло можетъ остаться невыясненнымъ. Въ томъ случаѣ, если инородное тѣло застряло при входѣ въ гортань, оно можетъ быть ощупано пальцемъ и даже извлечено (замѣчу кстати, что во всѣхъ случаяхъ остраго развитія стеноза у дѣтей слѣдуетъ прибѣгать къ обслѣдованію доступныхъ частей глотки и гортани пальцемъ — это вѣрнѣйшее средство для опредѣленія задне-глоточнаго нарыва, но, кромѣ того, оно можетъ служить для діагностики отека гортани и присутствія инородныхъ тѣлъ).

Въ случаѣ попаданія тѣла въ трахею удается иногда ощупать его толчкообразныя движенія посредствомъ ощупыванія шеи снаружи во время кашля. Если оно спустилось еще ниже и закупорило одинъ изъ главныхъ бронховъ, то получается ослабленное дыханіе въ соотвѣтствующемъ легкомъ. Припадки задушенія могутъ быть вызваны также инороднымъ тѣломъ (кускомъ пищи), застрявшимъ въ верхней трети пищевода. Дѣло рѣшается обыкновенно ужъ анамнезомъ.

Стенозъ гортани, вслѣдствіе **спазма мышцъ,** *суживающихъ голосовую щель* — spasmus glottidis, хотя и можетъ повести къ смерти отъ задушенія, но, тѣмъ не менѣе, картина болѣзни при немъ не представляетъ никакого сходства ни съ крупомъ, ни съ стенозомъ отъ инороднаго тѣла. Съ послѣднимъ случаемъ спазмъ голосовой щели имѣетъ общимъ признакомъ лишь то, что припадки задушенія появляются у ребенка внезапно, среди полнаго здоровья, но за то при условіяхъ, исключающихъ мысль объ инородномъ тѣлѣ: припадокъ дѣлается или во время крика, или въ спокойномъ состояніи, когда ребенокъ сидѣлъ на рукахъ матери и никакими мелкими вещами не игралъ и т. п. Ребенокъ дѣлаетъ свистящій вздохъ и потомъ моментально перестаетъ дышать, лицо его синѣетъ, онъ задыхается и наконецъ впадаетъ въ общія судороги (подергиваніе лицевыхъ мышцъ, закатываніе глазъ, судорожное вытягиваніе конеч-

ностей); припадокъ апнеи продолжается всего лишь нѣсколько секундъ, а потомъ ребенокъ начинаетъ дышать свободно, т.-е. безъ стенотическаго шума при вдыханіи, но остается на нѣкоторое время слабымъ или сонливымъ. Если спазмъ на столько силенъ, что не разрѣшается тотчасъ же, то ребенокъ черезъ 1—2 минуты долженъ умереть отъ задушенія.

Значитъ, спазмъ голосовой щели отличается отъ стеноза гортани вслѣдствіе другихъ причинъ *внезапнымъ наступленіемъ апнеи, безъ всякой замѣтной причины или подъ вліяніемъ психическихъ возбужденій, крайне малой продолжительностью и громкимъ свистящимъ звукомъ во время вдыханія въ самомъ началѣ или въ концѣ припадка.*

Такъ какъ спазмъ голосовой щели вызывается, такъ сказать, внутренними причинами, т.-е. онъ зависитъ отъ особой раздражительности продолговатаго мозга, подъ вліяніемъ общаго ненормальнаго питанія организма и главнымъ образомъ рахитизма, то никогда не бываетъ такъ, чтобы причина эта вызвала только одинъ припадокъ, напротивъ того, спазмъ голосовой щели, разъ появившись, оказываетъ очень большую наклонность къ возвратамъ и притомъ такъ, что сначала припадки бываютъ не сильны и проходятъ моментально, выражаясь лишь однократнымъ свистящимъ вздохомъ безъ прекращенія дыханія (неполное закрытіе голосовой щели), по прошествіи нѣкотораго времени, послѣ многихъ подобныхъ абортивныхъ припадковъ, появляются приступы болѣе тяжелые, съ полной задержкой дыханія, съ потерей сознанія и съ судорогами. — Если больной не умретъ во время одного изъ такихъ пароксизмовъ, то наступаетъ періодъ улучшенія въ видѣ постепеннаго ослабленія силы, продолжительности и частоты припадковъ. Теченіе затягивается обыкновенно на многія недѣли и даже мѣсяцы, при чемъ величина свободныхъ промежутковъ между отдѣльными приступами колеблется въ чрезвычайно большихъ размѣрахъ, отъ нѣсколькихъ минутъ (10—30 приступовъ въ день) до многихъ дней. Значитъ, при діагностикѣ можно руководствоваться еще и *повторяемостью припадковъ, общимъ состояніемъ питанія и возрастомъ ребенка.*

Laryngospasmus обязательно начинается на первомъ году жизни и рѣдко продолжается далѣе $2^1/_2$ лѣтъ; наибольшая частота его совпадаетъ слѣдовательно съ періодомъ перваго прорѣзыванія зубовъ. Почти исключительно подвергаются ему рахитики и въ особенности страдающіе размягченнымъ затылкомъ (craniotabes). Но это

вовсе еще не значитъ, что именно отъ размягченнаго затылка и зависитъ спазмъ гортанной щели; связь между этими двумя явленіями надо понимать такъ, что и то и другое есть проявленіе рихитизма.

Затрудненіе дыханія вслѣдствіе *суженія просвѣта зѣва,* напримѣръ при флегмонозныхъ жабахъ, хотя и можетъ достигать при случаѣ значительной степени, но голосъ при этомъ дѣлается только носовымъ, а не хриплымъ, кашля нѣтъ, но есть сильная боль при глотаніи, такъ что ужъ по этимъ признакамъ можно заключить, что болѣзнь локализируется не въ гортани, а въ зѣвѣ, осмотръ котораго и выясняетъ діагностику.

Гораздо чаще не узнаются, потому что просматриваются, **заднеглоточные нарывы** — *abscessus retropharyngeus.* Въ виду этого, а также потому, что болѣзнь эта въ дѣтскомъ возрастѣ и въ особенности у грудныхъ дѣтей вовсе не рѣдкая, я опишу ее нѣсколько подробнѣе.

Заднеглоточные абсцессы у дѣтей бываютъ двухъ родовъ — *острые* или *idiопатическіе,* происходящіе вслѣдствіе гнойнаго воспаленія лимфатическихъ железъ, залегающихъ подъ слизистой оболочкой задней стѣнки глотки, и *хроническіе* или *натечные,* сопровождающіе костоѣду шейныхъ позвонковъ. Абсцессы перваго рода свойственны, главнымъ образомъ, груднымъ дѣтямъ и встрѣчаются довольно часто, а вторые принадлежатъ къ рѣдкостямъ и у грудныхъ никогда не встрѣчаются.

Въ началѣ болѣзни припадки совсѣмъ не характерны; первое, что замѣчаютъ матери, это *хриплое дыханіе во время сна.* Когда абсцессъ уже образовался, то узнать его не трудно: больной представляетъ значительную степень затрудненнаго дыханія съ втягиваніемъ уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки при каждомъ вдыханіи, и въ этомъ отношеніи между крупомъ и заднеглоточнымъ абсцессомъ существуетъ большое сходство, но рѣзкая разница между ними замѣчается въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, нѣтъ того стенотическаго дыхательнаго шума, который такъ характеристиченъ для крупа (ложнаго или настоящаго — все равно) и никогда при немъ не отсутствуетъ, и во 2-хъ, нѣтъ ни лающаго кашля, ни хриплаго голоса. Вдыханіе и при абсцессѣ совершается съ шумомъ, но только шумъ этотъ совершенно особенный: онъ похожъ на влажный храпъ, и бываетъ всего сильнѣе выраженъ во время сна. Измѣняется также и голосъ; онъ принимаетъ носовой оттѣнокъ, но не дѣлается афониченъ. Подобный тембръ голоса можно воспро-

извести искусственно, если сдавить пальцами шею между восходящей вѣтвью нижней челюсти и верхнимъ концомъ m. sterno-cl. mast. (Bokaj). Кашля или совсѣмъ нѣтъ, или онъ незначителенъ и ничего особеннаго не представляетъ; для діагностики важно только, что онъ не лающій.

Характеренъ далѣе и habitus больного, именно: нѣсколько закинутая назадъ, фиксированная голова и опухоль шеи подъ угломъ нижней челюсти (эта опухоль бываетъ, впрочемъ, не всегда). Если на основаніи этихъ признаковъ можно подозрѣвать присутствіе заднеглоточнаго абсцесса, то не слѣдуетъ думать, что окончательная діагностика достигается простымъ осмотромъ зѣва. Напротивъ того, оттого-то нарывъ на задней стѣнкѣ глотки и остается часто неузнаннымъ, что врачи ограничиваются осмотромъ. Дѣло въ томъ, что у больныхъ этого рода глотаніе бываетъ затруднено, а потому въ зѣвѣ всегда скопляется у нихъ масса слизи, которая сильно мѣшаетъ изслѣдованію зѣва, тѣмъ болѣе, что у грудныхъ дѣтей оно и въ нормальномъ-то состояніи производится съ трудомъ. Чтобъ не просмотрѣть заднеглоточнаго абсцесса, слѣдуетъ принять за правило: во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ изслѣдовать зѣвъ и заднюю стѣнку глотки пальцемъ. Въ случаѣ существованія нарыва, легко ощупать его въ видѣ гладкой, упругой, флюктуирующей опухоли, помѣщающейся на задней стѣнкѣ, обыкновенно нѣсколько съ боку отъ средней линіи.

Дальнѣйшее отличіе мы имѣемъ и въ теченіи: крупъ производитъ стенозъ гортани сравнительно быстро, въ какихъ-нибудь 3 – 4 дня, тогда какъ заднеглоточный нарывъ развивается медленно, такъ что отъ момента появленія хриплаго дыханія во время сна до развитія значительнаго стеноза проходятъ 2—3 недѣли, при чемъ дней 7 или 10 приходится на долю періода прогрессивнаго усиленія стеноза.

Лихорадочное состояніе не имѣетъ особаго значенія для діагностики: въ началѣ оно можетъ отсутствовать, но въ періодѣ нагноенія температура обязательно повышается градусовъ до 39, дѣлая сильныя ремиссіи по утрамъ.

Отличить *идіопатическій нарывъ отъ затечнаго* не трудно, такъ какъ при послѣднемъ обязательно должны быть рѣзко выражены симптомы шейнаго спондилита.

У *маленькихъ дѣтей,* не умѣющихъ дышать черезъ ротъ, *симптомы стеноза* верхнихъ дыхательныхъ путей (неучащенное дыханіе съ втягиваніемъ уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки, но безъ

характернаго стенотическаго вдыхательнаго шума) могутъ появиться подъ вліяніемъ простаго насморка. Въ подобныхъ случахъ самымъ важнымъ отличительнымъ признакомъ будетъ то, что при крикѣ затрудненное дыханіе немедленно исчезаетъ.

При исключительныхъ условіяхъ нѣчто подобное встрѣчается и у дѣтей старшаго возраста, какъ было это, напримѣръ, въ слѣдующемъ случаѣ: мальчикъ 8-ми лѣтъ заболѣлъ въ началѣ ноября 1888 года сильнымъ насморкомъ и кашлемъ (гриппъ), а 10-го, подъ вліяніемъ начавшагося менингита, онъ сдѣлался очень сонливъ, и у него появилось очень затрудненное дыханіе; оно было замедлено, и при каждомъ вздохѣ замѣчалось западеніе не только межреберныхъ промежутковъ, но и нижней части грудины, надключичныхъ и яремной ямокъ, словомъ, какъ при вполнѣ развитомъ крупѣ; но такъ какъ голось оставался совершенно чистымъ, то причину стеноза надо было искать гдѣ-нибудь внѣ гортани (resp. внѣ голосовой щели); заднеглоточный нарывъ могъ быть тоже исключенъ. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи оказалось, что больной держитъ языкъ сильно оттянутымъ кзади и кончикъ его прижимаетъ къ твердому нёбу и такимъ образомъ преграждаетъ проходъ воздуху черезъ ротъ, а такъ какъ носъ былъ заложенъ отъ насморка, то въ результатѣ и получились явленія сильнаго стеноза верхнихъ дыхательныхъ путей. Стоило только открыть больному ротъ и прижать ложечкой языкъ, какъ дыханіе моментально дѣлалось свободнымъ. Стенозъ подобнаго рода каждый человѣкъ можетъ воспроизвести на себѣ самомъ; для этого стоитъ только оттянуть языкъ кзади, зажать себѣ носъ и попробывать вздохнуть. Понятно, что если бъ нашъ больной не былъ подъ вліяніемъ менингита въ спячкѣ, то онъ сумѣлъ бы устранить препятствіе и сталъ бы дышать черезъ ротъ.

Къ этой же категоріи случаевъ относится и *кряхтящее дыханіе* дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни, зависящее, по мнѣнію Politzer'а, впервые описавшаго такого рода дыханіе, отъ ненормальной иннерваціи мягкаго нёба. Съ возрастомъ, напр. къ концу года, такого рода кряхтящее дыханіе, или храпъ, исчезаетъ само собой и дѣлается нормальнымъ, беззвучнымъ.

Хроническія суженія верхнихъ дыхательныхъ путей.

Причины хроническаго стеноза верхнихъ дыхательныхъ путей могутъ проявлять свое дѣйствіе или въ гортани, или въ трахеѣ.

Въ первомъ случаѣ обязательно измѣняется голосъ: онъ дѣлается или хриплымъ, или совсѣмъ афоничнымъ, во второмъ — онъ остается чистымъ или мало измѣненнымъ (отъ сопутствующаго небольшаго катарра гортани). Степень суженія при пораженіяхъ гортани можетъ встрѣтиться во всѣхъ своихъ градаціяхъ, не исключая и самой сильной, а при стенозѣ трахеи степень его обыкновенно не идетъ далѣ средней, т.-е. больной въ состояніи компенсировать послѣдствія суженія посредствомъ усиленной дѣятельности вдыхателей.

Хроническіе стенозы гортани у дѣтей всего чаще обусловливаются *сифилисомъ* и именно развитіемъ на слизистой оболочкѣ гортани *кондиломатозныхъ разращеній*.

Если извѣстенъ анамнезъ или если больной представляетъ явные симптомы сифилиса, то діагностика не трудна, но если пораженіе гортани служитъ единственнымъ проявленіемъ сифилиса въ данное время (а случается это вовсе не особенно рѣдко), то распознаніе можетъ представить нѣкоторое затрудненіе. Важно для діагностики то, что однимъ изъ любимыхъ мѣстъ для развитія кондиломъ служитъ надгортанникъ, который нерѣдко можетъ быть виденъ при надавливаніи на корень языка шпателемъ, въ особенности при тошнотномъ движеніи, вызываемомъ изслѣдованіемъ, и тогда представляется въ видѣ безобразно утолщеннаго, желобоватаго валика бѣловато-красноватаго цвѣта. Еще лучше, если больной допускаетъ ляриногоскопическое изслѣдованіе, хотя бы на одинъ моментъ: видъ кондиломъ настолько характеренъ, что не требуетъ продолжительнаго осмотра. Впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ діагностика возможна и безъ ляриногоскопа. Такъ какъ гортань никогда не бываетъ мѣстомъ перваго проявленія вторичныхъ симптомовъ сифилиса, а напротивъ того, поражается обыкновенно при рецидивахъ, то при осмотрѣ всей поверхности тѣла удается открыть гдѣ-нибудь слѣды бывшаго сифилиса и всего чаще именно или въ окружности задняго прохода, въ видѣ красноватыхъ пятенъ на мѣстѣ бывшихъ кондиломъ, или около угловъ рта — утолщеніе слизистой оболочки, особенно характерное въ томъ случаѣ, если оно представляется бѣловатаго цвѣта; остатки кондиломъ могутъ встрѣтиться также и въ зѣвѣ, особенно на нёбной занавѣскѣ. Изъ анамнеза легко получить свѣдѣнія, что у ребенка прежде болѣлъ ротъ и были мокнущія мѣста около anus'а, что у матери было, можетъ быть, много дѣтей, но они умирали вскорѣ послѣ родовъ, что нѣкоторыя изъ нихъ были недоношены, а то были также и выкидыши: какъ я уже сказалъ, гортань поражается только при рецидивахъ и притомъ

довольно поздно, и потому почти никогда у грудныхъ дѣтей; всего чаще мы наблюдали сифилисъ гортани у дѣтей отъ 2 до 7 лѣтъ.

Рѣже кондиломъ встрѣчаются въ гортани гуммы и язвы, діагностика которыхъ безъ ляринговскопа невозможна.

Причиной хроническаго стеноза гортани могутъ быть также **новообразованія**, которыя въ дѣтскомъ возрастѣ почти исключительно относятся къ папилломамъ. Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ они бываютъ врожденными, и потому предполагать эту причину стеноза можно въ томъ случаѣ, если онъ развивается крайне медленно у ребенка вообще здороваго, у котораго нельзя заподозрить ни сифилиса, ни туберкулеза, и если первые симптомы пораженія гортани, въ видѣ хрипоты или полной афоніи, появились съ первыхъ дней жизни или, по крайней мѣрѣ, на первомъ году.

Perichondritis laryngea почти никогда не является въ видѣ самостоятельнаго или первичнаго страданія, а всегда послѣ какихъ-нибудь общихъ болѣзней острыхъ или хроническихъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ его встрѣчали послѣ тифа, оспы, скарлатины (случай Якубовича относится къ дѣвочкѣ 1 г. 8 мѣс. и интересенъ въ томъ отношеніи, что стенозъ гортани развился такъ быстро, что прижизненная діагностика была поставлена на дифтеритъ гортани (Arch. f. Kinder X. B 1. 35), но чаще при сифилисѣ и туберкулезѣ хотя вообще все-таки очень рѣдко. Такъ какъ перихондритъ присоединяется обыкновенно къ язвеннымъ процессамъ, то задолго до развитіе его больной представляетъ тѣ или иные признаки тяжелаго ларингита. Предполагать развитіе перихондрита можно въ томъ случаѣ, если, при существованіи извѣстныхъ этіологическихъ моментовъ, больной жалуется на боль въ опредѣленномъ мѣстѣ гортани, усиливающуюся при давленіи, и если снаружи мѣсту боли соотвѣтствуетъ опухоль шейной клѣтчатки.

Въ странахъ эндемическаго господства зоба причиной хроническаго стеноза трахеи нерѣдко бываетъ **опухоль щитовидной железы**, но въ нашей мѣстности гораздо чаще сдавливается трахея въ мѣстѣ бифуркаціи увеличенными и творожисто-перерожденными лимфатическими железами.

Сдавленіе трахеи при зобахъ узнается безъ труда, такъ какъ опухоль на передней поверхности шеи бросается въ глаза.

Гиперплязія и творожистое перерожденіе **бронхіальныхъ железъ**, сдавливающихъ трахею въ мѣстѣ бифуркаціи, узнается отчасти путемъ исключенія другихъ причинъ стеноза, отчасти же на основаніи положительныхъ данныхъ и анамнеза.

Что больной страдаетъ *хроническимъ* стенозомъ верхнихъ воздухоносныхъ путей и что стенозъ этотъ развивался крайне медленно, это узнается изъ анамнеза: въ первое время онъ появлялся лишь на время, при усиленіи кашля, и притомъ въ легкой степени а потомъ исчезалъ, чтобъ черезъ нѣкоторое время появиться снова, пока наконецъ онъ сдѣлался постояннымъ, хотя, быть можетъ, не всегда въ одинаковой степени. Больной страдаетъ, кромѣ того, хроническимъ кашлемъ и представляется либо золотушнымъ субъектомъ, либо рахитикомъ; голосъ у него совершенно чистъ и слѣдовательно гортань свободна. Уже на основаніи этихъ данныхъ можно съ большой вѣроятностью предположить, что стенозъ находится въ трахеѣ и что онъ обусловливается увеличенными железами. Въ пользу послѣдняго предположенія говоритъ именно общее состояніе питанія больного (золотуха или рахитизмъ) и хроническій катарръ дыхательныхъ органовъ, никогда не отсутствующій у подобнаго рода больныхъ.

При подробномъ изслѣдованіи больного удается обыкновенно констатировать еще кой-какія данныя: въ мѣстѣ суженія скопляется нерѣдко слизь, обусловливающая хриплое дыханіе; хрипъ этотъ, напоминающій или ronchus sonorus или крупно-пузырчатое клокотаніе, слышится во всей груди (проведенный хрипъ), но всего громче спереди, въ области рукоятки грудины или сзади между лопатокъ вверху; въ этомъ мѣстѣ его можно замѣтить и ощупываніемъ, т.-е., приложивъ руку. Если железы настолько велики, что выполняютъ все пространство между бифуркаціей трахеи и грудиной, то онѣ служатъ хорошимъ проводникомъ для дыхательнаго шума и потому при выслушиваніи въ первомъ межреберномъ промежуткѣ около края грудины на сторонѣ пораженныхъ железъ слышится бронхіальное дыханіе или, по крайней мѣрѣ, громкій выдыхъ. При оцѣнкѣ этого симптома надо имѣть въ виду, что на правой сторонѣ (правый бронхъ шире лѣваго) бронхіальный выдыхъ нерѣдко слышится и въ нормальномъ состояніи, а потому доказательное значеніе въ пользу увеличенія трахеальныхъ железъ громкій выдыхъ можетъ имѣть только въ томъ случаѣ, если онъ или особенно рѣзко выраженъ, или больше на лѣвой сторонѣ.

Постукиваніе даетъ иногда (хотя и рѣдко) нѣкоторое притупленіе съ той или другой стороны рукоятки грудины въ 1-мъ и 2-мъ межреберномъ промежуткѣ или на грудино-ключичномъ сочлененіи; въ другихъ случаяхъ удается констатировать притупленіе на спинѣ между лопатокъ, по сторонамъ первыхъ трехъ спинныхъ позвон-

ковъ. Если притупленіе получается только на самой грудинѣ вверу, то оно можетъ зависѣть отъ зобной железы, и чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ вѣроятнѣе эта причина; у дѣтей послѣ 5 — 6 лѣтъ присутствіе зобной железы обыкновенно не проявляется тупымъ звукомъ; у маленькихъ — тупой звукъ, зависящій отъ зобной железы, или вовсе не заходитъ за край грудины или выдается въ ту или другую сторону не больше, какъ на $^1/_2$ сантиметра. Въ случаѣ увеличенія зобной железы тупой звукъ будетъ выраженъ, главнымъ образомъ, на самой грудинѣ, а не въ межреберныхъ промежуткахъ, какъ при гиперплязіи железъ.

Далѣе, могутъ быть на лицо симптомы, указывающіе на сдавленіе венозныхъ сосудовъ (отекъ или одутловатость лица, расширеніе яремныхъ венъ) или нервовъ блуждающаго или возвратнаго (судорожный, коклюше-подобный кашель, но обыкновенно безъ свиста во время дыханія, измѣненіе голоса, астма). Явленія стеноза могутъ быть въ высшей степени характерны и сами по себѣ, именно въ томъ случаѣ, если сдавленъ одинъ изъ главныхъ бронховъ, такъ какъ тогда послѣдствія стеноза, т.-е. симптомы недостаточнаго доступа воздуха къ легкимъ, проявляются только на одной сторонѣ грудной клѣтки.

Симптомы эти состоятъ въ томъ, что соотвѣтсвенная половина груди расширяется при вдыханіи меньше другой, тогда какъ втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ выступаютъ сильнѣе; на этой же сторонѣ замѣчается ослабленный дыхательный шумъ и слабыя голосовыя сотрясенія при нормально ясномъ перкуторномъ звукѣ.

Лихорадочнаго состоянія при гиперплязіи бронхіальныхъ железъ можетъ и не быть, но такъ какъ значительное увеличеніе железъ наблюдается обыкновенно у дѣтей туберкулезныхъ (хотя легкія могутъ быть и свободны отъ туберкуловъ), то повышеніе температуры отсутствуетъ рѣдко, такъ что *лихорадочное состояніе, долго продолжающееся у ребенка безъ всякой замѣтной причины,* можетъ въ значительной степени подтверждать существованіе туберкулеза железъ, особенно въ томъ случаѣ, *если оно затянулось послѣ какой-нибудь болѣзни, протекавшей съ бронхитомъ* (гриппъ, корь, коклюшъ). Что ошибка можетъ быть и въ подобномъ случаѣ, это конечно понятно. Такъ напр. въ одномъ случаѣ я поставилъ ошибочное распознаваніе туберкулезной гиперплязіи бронхіальныхъ железъ на томъ основаніи, что стенозъ легкой степени (однако замѣтный и при покойномъ дыханіи) появился у дѣвочки 4-хъ лѣтъ, долгое время страдавшей бронхитомъ; въ послѣднее время кашель

почти совсѣмъ прекратился, но умѣренное лихорадочное состояніе (около 38 утромъ и 38,5 вечеромъ) упорно держалось въ теченіе цѣлаго мѣсяца. Такъ какъ у дѣвочки былъ при этомъ и насморкъ, то на консиліумъ былъ приглашенъ спеціалистъ по болѣзнямъ носа и гортани. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что, несмотря на чистый голосъ, мѣсто суженія было въ гортани и обусловливалось спазмотическимъ состояніемъ мышцъ, суживающихъ голосовую щель, такъ что при вдыханіи голосовыя связки не расходились достаточнымъ образомъ, и для прохода воздуха путь былъ суженъ.

Такое состояніе голосовыхъ мышцъ было вызвано, повидимому, рефлекторнымъ путемъ со слизистой оболочки носа, мѣстное лѣченіе которой вскорѣ закончилось полнымъ выздоровленіемъ больной. Принадлежатъ ли подобные неврозы къ рѣдкостямъ, мнѣ неизвѣстно.

Проф. Franz Mayr (Jahrb. f. Kinderh. 1862 г. T. 5) резюмируетъ діагностику гиперплязіи бронхіальныхъ железъ слѣдующимъ образомъ: помимо результатовъ выслушиванія и постукиванія, мы можемъ предполагать эту болѣзнь: 1) если ребенокъ съ наслѣдственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу или къ золотухѣ поражается упорнымъ катарромъ, во время котораго появляются по временамъ приступы коклюшеподобнаго кашля. 3) Если тѣ же явленія замѣчаются у ребенка, бывшаго прежде рахитикомъ или страдавшаго хронической экцемой и представляющаго избыточную растительность волосъ на вискахъ, задней части шеи и спинѣ. 4) Если ребенокъ повторно подвергается сильнымъ и продолжительнымъ приступамъ астмы, и наконецъ 5) если у ребенка 3—4 лѣтъ появляется кашель, похуданіе, лихорадочное состояніе и поты безъ всякихъ признаковъ туберкулеза легкихъ, мозга и органовъ живота.

Гиперплязія бронхіальныхъ железъ, какъ и всякихъ другихъ, не всегда обусловливается туберкулезомъ, это только самая частая причина, но она можетъ развиться также и подъ вліяніемъ иныхъ болѣзней крови, въ особенности при сифилисѣ и лейкеміи. Симптомы со стороны дыхательныхъ органовъ будутъ тѣ же, но разница въ общихъ симптомахъ: тамъ мы основываемъ діагностику на присутствіи золотухи, туберкулеза и рахитизма, а здѣсь на явленіяхъ сифилиса или лейкеміи.

Стенотическое дыханіе въ видѣ хроническаго страданія, вслѣдствіе суженія просвѣта зѣва, встрѣчается у дѣтей при *гипертрофіи миндалевидныхъ железъ*. Доступъ воздуха къ легкимъ можетъ быть при этомъ настолько затрудненъ, что грудная клѣтка остается неразвитой и принимаетъ форму куриной груди, какъ при рахитизмѣ.

Такія дѣти представляютъ нерѣдко характерный *habitus:* они блѣдны, держатъ ротъ полуоткрытымъ, говорятъ нѣсколько въ носъ и имѣютъ узкія ноздри. Во снѣ они громко храпятъ. Осмотръ зѣва открываетъ громадныя миндалины, вершины которыхъ иногда сходятся на средней линіи зѣва и ущемляютъ язычокъ.

Слѣдуетъ добавить, что втягиваніе нижней периферіи грудной клѣтки (т.-е. мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы) при глубокомъ вздохѣ не всегда указываетъ на затрудненный доступъ воздуха къ легкимъ, такъ какъ у маленькихъ дѣтей, мѣсяцевъ до 3—4-хъ, такое втягиваніе принадлежитъ къ числу физіологическихъ явленій, а у рахитиковъ оно держится гораздо дольше и зависитъ просто отъ мягкихъ реберъ, не оказывающихъ должнаго сопротивленія сокращающейся діафрагмѣ.

У маленькихъ дѣтей, не умѣющихъ дышать черезъ ротъ, симптомы стеноза верхнихъ дыхательныхъ путей могутъ появиться при простомъ насморкѣ. Въ подобныхъ случаяхъ при крикѣ затрудненное дыханіе немедленно исчезаетъ.

Болѣзни легкихъ, при которыхъ перкуторный звукъ остается нормально яснымъ.

Катарръ дыхательныхъ вѣтвей, Bronchocatarrhus s. bronchitis. Симптомы бронхита хорошо объясняются изъ патолого-анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки бронховъ. Какъ при всякомъ катаррѣ, такъ и здѣсь мы встрѣчаемъ гиперемію и набухлость слизистой оболочки и усиленное отдѣленіе слизи, вначалѣ скудной, вязкой и прозрачной, позднѣе болѣе обильной, желтоватой.

Раздраженіе слизистой оболочки вслѣдствіе катарра выражается кашлемъ, который есть необходимый и нерѣдко главный симптомъ всякаго бронхита, а что касается до другихъ припадковъ, то они бываютъ различны въ зависимости отъ мѣста и силы болѣзни и позволяютъ съ клинической точки зрѣнія различать 1) катарръ трахеи и первыхъ дыхательныхъ вѣтвей, 2) катарръ среднихъ бронховъ и 3) капиллярный бронхитъ. — Всѣ эти виды катарра встрѣчаются какъ въ острой, такъ и въ хронической формѣ. Діагностика бронхита вообще нетрудна: если больной кашляетъ и при этомъ голосъ у него чистъ, (гортань слѣдовательно не поражена), а въ легкихъ нигдѣ нельзя найти ни притупленія, ни тимпаническаго звука, то у него либо трахеобронхитъ, либо фарингитъ. Если задняя стѣнка

глотки нормальна (нѣтъ ни красноты, ни грануляцій), если нѣтъ и насморка (кашель отъ стеканія слизи по задней стѣнкѣ глотки), то у больного, стало-быть, есть катарръ ниже голосовыхъ связокъ; если же есть измѣненія, свойственныя хроническому фарингиту, и слѣдовательно исключить эту причину кашля нельзя, то на основаніи одного лишь кашля было бы неосновательно ставить діагностику бронхита: для этого нужно или чтобы больной жаловался на чувство ссадненія (царапанія) по тракту трахеи, или чтобы онъ отхаркивалъ мокроту (при хроническихъ фарингитахъ кашель обыкновенно сухой), или чтобы при выслушиваніи можно было констатировать въ груди сухіе или влажные хрипы. — Особую трудность для діагностики представляютъ случаи бронхита, развивающіеся въ теченіе крупа, такъ какъ аускультативныя явленія со стороны бронховъ и легкихъ совершенно заглушаются стенотическимъ дыхательнымъ шумомъ, проведеннымъ изъ гортани, а между тѣмъ констатированіе бронхита при крупѣ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе по отношенію къ вопросу о производствѣ трахеотоміи и относительно предсказанія. Дѣло въ томъ, что если при крупѣ проявляется бронхитъ, то большею частію онъ бываетъ не простой катарральный, а крупозный, и шансы на выздоровленіе значительно уменьшаются.

Если крупозный процессъ не идетъ дальше трахеи — tracheitis crouposa, то узнать это осложненіе можно только послѣ трахеотоміи и именно въ томъ случаѣ, если больной отхаркиваетъ черезъ трубку перепонки. По виду перепонокъ можно судить о степени распространенія процесса и рѣшить, поражена ли только трахея или и бронхи; въ первомъ случаѣ выхаркиваются простыя перепонки, во второмъ — развѣтвленныя (мокрота въ подобныхъ случаяхъ разсматривается подъ водой). Если перепонки не выхаркиваются, то предполагать существованіе крупознаго бронхита можно въ томъ случаѣ, если дыханіе послѣ операціи остается учащеннымъ (у дѣтей до 5 лѣтъ больше 40—50, у старшихъ 30—40) и лихорадка поднимается выше 39; характерно также почти полное отсутствіе кашля въ первые часы послѣ операціи, указывающее на то, что трахея выложена перепонками и потому мало чувствительна къ раздраженію ея трахеотомической трубочкой. Въ виду сказаннаго, можно исключить пораженіе трахеи и бронховъ крупомъ, если послѣ операціи больной отвѣчаетъ кашлемъ на всякое прикосновеніе къ трубочкѣ и энергично реагируетъ на прочищеніе трубочки бородкой пера и при этомъ выдѣляется только слизь, а

не перепонки, и если дыханіе послѣ трахеотоміи падаетъ почти до нормы, а температура не идетъ выше 38,5. Если такое состояніе продолжается дня три послѣ операціи, то можно быть увѣреннымъ, что крупозный процессъ останется локализированнымъ въ гортани.

Предполагать пораженіе бронховъ до операціи можно въ томъ случаѣ, если больной, несмотря на стенозъ гортани, представляетъ учащенное дыханіе, и если припадки отравленія углекислотой не соотвѣтствуютъ степени стеноза, т.-е. если при сравнительно незначительномъ стенозѣ больной дѣлается апатиченъ, конечности его холодѣютъ, появляется ціанозъ. — Для діагностики имѣетъ также значеніе быстрота распространенія крупозныхъ перепонокъ и высота температуры: чѣмъ выше лихорадка и чѣмъ быстрѣе увеличиваются по поверхности зѣва и гортани пленки, тѣмъ больше шансовъ, что процессъ не ограничится гортанью, а спустится ниже.

Если діагностика трахеита или бронхита установлена, то остается еще рѣшить, во 1-хъ, съ какого рода катарромъ имѣемъ мы дѣло, т.-е. первичный ли онъ, идіопатическій, или симптоматическій, и во 2-хъ, какіе именно бронхи поражены, гдѣ локализируется катарръ.

Отвѣтъ на первый вопросъ можно резюмировать такъ: если бронхитъ не сопровождается симптомами, которые допускали бы діагностику другой болѣзни (кори, тифа и проч.), то онъ долженъ быть признанъ за катарръ идіопатическій, т.-е. за болѣзнь самостоятельную.

Идіопатическіе бронхиты отличаются вообще сравнительно легкимъ теченіемъ, такъ какъ опасный для дѣтей капиллярный бронхитъ почти никогда не встрѣчается въ видѣ самостоятельнаго страданія, а является обыкновенно послѣдствіемъ или спутникомъ гриппа, кори и коклюша, а въ хроническихъ случаяхъ — рахитизма.

Острые случаи идіопатическаго бронхита начинаются болѣе или менѣе значительнымъ лихорадочныхъ состояніемъ и сухимъ частымъ кашлемъ; если больной остается при этомъ въ комнатѣ и вообще не подвергается новымъ вреднымъ вліяніямъ, то въ скоромъ времени наступаетъ періодъ разрѣшенія: лихорадочное состояніе черезъ 3 — 5 дней исчезаетъ, а кашель дѣлается рѣже, влажнѣе и легче, а еще черезъ нѣсколько дней совсѣмъ прекращается.

При опредѣленіи мѣста катарра мы руководствуемся характеромъ аускультативныхъ явленій и дыханіемъ. — Если при выслушиваніи слышатся крупнопузырчатые хрипы или низкого тона сухіе хрипы (ronchus sonorus), то заключаемъ о пораженіи трахеи и круп-

ныхъ бронховъ, такъ какъ такого рода хрипы могутъ образоваться лишь въ полостяхъ или каналахъ большого калибра. Если отдѣленіе слизи не велико, то при трахеитѣ можетъ товсѣмъ не быть хриповъ, и дыхательный шумъ остается вполнѣ нормальнымъ, такъ что вся болѣзнь выражается только кашлемъ, да лихорадочнымъ состояніемъ въ началѣ; дѣти старшаго возраста жалуются еще на чувство ссадненія вдоль трахеи.

Кашель безъ всякихъ *хриповъ* въ груди и при отрицательныхъ перкуторныхъ явленіяхъ можетъ зависѣть еще отъ *хроническаго фарингита,* который встрѣчается иногда и въ дѣтскомъ возрастѣ, въ особенности у дѣтей золотушныхъ и анемиковъ. Подозрѣвать эту причину кашля можно въ томъ случаѣ, если сухой, короткій кашель (въ родѣ перхоты) упорно держится у ребенка, несмотря на комнатное содержаніе, и если въ груди не появляется никакихъ хриповъ. При осмотрѣ зѣва оказывается, что задняя стѣнка глотки красна, изборождена расширенными сосудами и суха, какъ бы лакирова; нерѣдко на ней появляются небольшія, плоскія, овальныя возвышенія, величиной съ чечевицу, покрытыя такой же слизистой оболочкой, какъ и сосѣднія части — pharyngitis granulosa. Упорный, сухой кашелъ можетъ продолжаться цѣлыми недѣлями и легко возвращается при малѣйшей простудѣ.

Здѣсь же умѣстно упомянуть о томъ видѣ сухого кашля, который появляется безъ всякихъ объективныхъ явленій со стороны легкихъ, тянется 1—2 мѣсяца и отличается отъ всякаго другого кашля тѣмъ, что безпокоитъ дѣтей только по ночамъ, откуда и названіе — *періодическій ночной кашель*. Причина этого нервнаго кашля, свойственнаго главнымъ образомъ раздражительнымъ, малокровнымъ дѣтямъ, неизвѣстна; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ быстро прекращается отъ хинина, а потому можно думать, что иногда онъ является симптомомъ febr. intermit. larvatae.

При пораженіи *бронховъ средняго порядка* получаются или среднепузырчатые хрипы или, въ случаѣ ничтожнаго образованія отдѣляемаго, грубое везикулярное дыханіе и неопредѣленный дыхательный шумъ, или, вслѣдствіе суженія просвѣта бронховъ — ослабленное везикулярное дыханіе.

При **капиллярномъ бронхитѣ** мы имѣемъ свистящее дыханіе, какъ выраженіе значительнаго суженія и безъ того ужъ узкаго просвѣта мелкихъ бронховъ, вслѣдствіе набухлости ихъ слизистой оболочки; позднѣе, въ періодѣ образованія отдѣляемаго, слышатся мелкопузырчатые, но *не консонирующіе хрипы*. Кромѣ этихъ при-

знаковъ, капиллярный бронхитъ отличается отъ всякаго другого бронхита никогда не отсутствующей при немъ *одышкой*. Капиллярный бронхитъ всегда бываетъ двустороннимъ, и катарръ, лежащій въ его основѣ, отличается разлитымъ характеромъ, т.-е. онъ занимаетъ если и не всѣ, то почти всѣ мелкіе бронхи и обязательно производитъ суженіе ихъ просвѣта и слѣдовательно затрудняетъ доступъ воздуха къ альвеоламъ; по этой причинѣ при каждомъ вздохѣ происходитъ разрѣженіе воздуха въ грудной клѣткѣ (все равно, какъ бываетъ это и при суженіи гортани), и въ результатѣ получается *втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки* и преимущественно нижней периферіи груди по линіи прикрѣпленія діафрагмы. Происходитъ слѣдовательно инспираторная одышка, которую, однако, не трудно отличить отъ инспираторной же одышки при суженіи верхнихъ дыхательныхъ путей. При послѣдней, во 1-хъ, всегда бываетъ слышенъ характерный стенотическій шумъ, отсутствующій при капиллярномъ бронхитѣ, и во 2-хъ, дыханіе остается нормальной частоты или даже нѣсколько замедляется, тогда какъ при капиллярномъ бронхитѣ оно *значительно учащается* (у дѣтей до 2 лѣтъ отъ 70 до 100 разъ въ минуту) и дѣлается конечно очень поверхностнымъ. Есть также нѣкоторая разница и въ работѣ дыхательныхъ мышцъ: при стенозахъ гортани и трахеи шейныя мышцы (scaleni) работаютъ гораздо энергичнѣе, чѣмъ при капиллярномъ бронхитѣ, а оттого и втягиваніе надключичныхъ ямокъ въ первомъ случаѣ бываетъ замѣтнѣе. Чѣмъ моложе ребенокъ, т.-е. чѣмъ уже бронхи, тѣмъ легче при бронхитѣ получаются явленія аспираціи на грудныхъ стѣнкахъ; у дѣтей до года можно замѣтить легкое втягиваніе межреберій почти при каждомъ бронхитѣ.

Капиллярный бронхитъ принадлежитъ къ числу весьма опасныхъ болѣзней дѣтскаго возраста; онъ сопровождается обыкновенно довольно высокимъ и продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и часто ведетъ или къ развитію катарральной пнеймоніи или къ недостаточному окисленію крови, выражающемуся ціанозомъ и другими симптомами отравленія углекислотой. Къ характеристикѣ капиллярнаго бронхита относится, между прочимъ, и то, что онъ встрѣчается преимущественно у маленькихъ дѣтей до 2-лѣтняго возраста.

Переходъ бронхита въ пнеймонію совершается обыкновенно постепенно и обозначается появленіемъ консонирующихъ и крепитирующихъ хриповъ, а позднѣе — бронхіальнаго дыханія и притупленія.

Нѣкоторое сходство съ капиллярнымъ бронхитомъ представляютъ приступы **бронхіальной астмы.** Болѣзнь эта, зависящая отъ спазма

мышечныхъ волоконъ мелкихъ бронховъ, характеризуется появленіемъ *приступовъ* сильной одышки, съ громкимъ, тонкимъ (высокимъ) свистомъ въ груди, слышнымъ даже и на разстояніи. Одышка эта напоминаетъ ту, что встрѣчается и при капиллярномъ бронхитѣ, но съ тою лишь разницей, что при астмѣ, главнымъ образомъ, *затруднено выдыханіе*, а потому западеніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки при вдыханіи выступаетъ не такъ рѣзко, но зато можно замѣтить *признаки раздутія легкихъ* (низкое стояніе діафрагмы и уменьшеніе сердечной тупости) и усиленную дѣятельность выдыхателей (отъ напряженія брюшныхъ мышцъ во время акта выдыханія брюшныя стѣнки оказываются на ощупь очень твердыми, напряженными). Главное отличіе отъ капиллярнаго бронхита состоитъ въ томъ, что *одышка* при астмѣ *наступаетъ быстро*, среди полнаго здоровья, но держится недолго — отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ — и столь же быстро исчезаетъ; лихорадочнаго состоянія при этомъ не бываетъ; во время приступа при аускультаціи груди слышится только громкій свистъ, но не мелкопузырчатые хрипы, которые если и появляются иногда, то только позднѣе, въ періодѣ исчезанія одышки.

Гораздо труднѣе узнать астму, когда она является въ видѣ осложненія обыкновеннаго бронхита. Въ такихъ случаяхъ дѣло начинается насморкомъ или ложнымъ крупомъ или бронхитомъ, а черезъ нѣкоторое время вдругъ наступаетъ одышка, свистящіе хрипы, ціанозъ, и въ такомъ состояніи больной остается или только нѣсколько часовъ или отъ 3 до 5 дней, а потомъ наступаетъ облегченіе одышки, и остается только простой катарръ среднихъ или крупныхъ бронховъ. Быстрота теченія и отсутствіе мелкопузырчатыхъ хриповъ, а иногда и лихорадки, исключаютъ въ подобныхъ случаяхъ капиллярный бронхитъ. За осложеніе бронхита астмой говоритъ далѣе: 1) несоотвѣтствіе между сильной одышкой и напряженной дѣятельностью діафрагмы съ одной стороны, и незначительностью физикальныхъ симптомовъ — съ другой; 2) преобладаніе тонкаго свиста надъ хрипами; 3) быстрое развитіе эмфиземы (раздутія легкихъ); 4) значительное ослабленіе одышки во время сна.

Такъ какъ для развитія бронхіальной астмы требуется особое индивидуальное расположеніе, то характерно, то, что данный ребенокъ получаетъ подобнаго рода приступы почти каждый разъ, какъ только случится ему заболѣть бронхитомъ.

При діагностикѣ астмы всегда желательно выяснить также и ея этіологію. У дѣтей рѣдко встрѣчается такъ называемая *эссенціаль-*

ная форма астмы, наступающая безъ всякихъ замѣтныхъ причинъ; сравнительно чаще наблюдается *астма при гиперплязіи бронхіальныхъ железъ* (это самая частая причина, благодаря которой въ числѣ причинъ, располагающихъ къ астмѣ, значатся золотуха и рахитизмъ) и *рефлекторная астма* при болѣзняхъ носа, бронховъ и гипертрофіи миндалинъ, а также и при страданіяхъ желудка (asthma dyspepticum Henoch'a).

Что касается до *хроническаго бронхита,* то распространяться о діагностикѣ его не приходится. Симптомы его тѣ же, что и при остромъ бронхитѣ, отъ котораго онъ отличается отсутствіемъ лихорадочнаго состоянія и продолжительностью теченія. Хроническій бронхитъ у дѣтей рѣдко продолжается въ теченіе круглаго года; лѣтомъ кашель обыкновенно прекращается, а осенью и зимой появляется снова и если проходитъ, то лишь на короткое время. Хроническій бронхитъ или расположеніе къ частымъ возвратамъ кашля большею частью развивается на почвѣ хроническаго упадка питанія, будетъ ли то золотуха, рахитизмъ или анемія. При лѣченіи хроническаго кашля у дѣтей надо имѣть въ виду главнымъ образомъ эту почву.

Симптоматическій бронхитъ обязательно встрѣчается при гриппѣ, коклюшѣ и кори и почти обязательно при тифѣ и остромъ миліарномъ туберкулезѣ. Здѣсь мы будемъ говорить только о первыхъ двухъ процессахъ, при которыхъ кашель является самымъ выдающимся симптомомъ.

Мы различаемъ двѣ формы **гриппа:** 1) *эндемическій* и 2) *эпидемическій гриппъ* (Influenza endemica et epidemica). Первая форма встрѣчается у насъ въ Москвѣ ежегодно въ холодное время года, т.-е. осенью и зимой, тогда какъ вторая форма появляется въ видѣ эпидемій, раздѣленныхъ промежутками въ нѣсколько лѣтъ, при чемъ онѣ не стоятъ въ тѣсной зависимости отъ сезона и климата.

Второе этіологическое отличіе эндемическаго гриппа отъ эпидемическаго состоитъ въ томъ, что первый распространяется медленно и усиливается постепенно (первые случаи появляются напримѣръ въ сентябрѣ, а разгаръ эндеміи приходится на декабрь или январь), тогда какъ второй достигаетъ своего maximum'а въ данной мѣстности въ самое короткое время (2—3 недѣли) и также быстро прекращается съ тѣмъ, чтобъ занять новыя мѣста; распространяясь по поверхности земли съ замѣчательной быстротой, эпидемическій гриппъ нерѣдко принимаетъ характеръ пандеміи, почему и называется въ отличіе отъ нашего эндемическаго гриппа — *пандемическимъ* гриппомъ.

Третье этіологическое отличіе состоитъ въ томъ, что эндемическій гриппъ поражаетъ главнымъ образомъ дѣтей (они заболѣваютъ не только чаще взрослыхъ, но и сильнѣе), а при эпидемическомъ гриппѣ чаще и сильнѣе захварываютъ взрослые. На этомъ основаніи нашъ эндемическій гриппъ можно бы назвать, по аналогіи съ холерой — *дѣтскимъ гриппомъ.*

Что касается до припадковъ, то при дѣтскомъ гриппѣ на первый планъ выступаютъ катарръ слизистыхъ оболочекъ органовъ дыханія (по этой причинѣ онъ называется также — *эпидемическимъ бронхитомъ*), а при настоящемъ гриппѣ — общая слабость и другіе припадки со стороны нервной системы, въ видѣ различныхъ болевыхъ ощущеній.

Общее для обѣихъ формъ названіе „гриппъ" объясняется сходсвомъ этихъ болѣзней какъ съ этіологической, такъ и съ клинической стороны: 1) обѣ онѣ принадлежатъ къ числу инфекціонныхъ контагіозно-міазматическихъ болѣзней (въ обоихъ случаяхъ люди заболѣваютъ цѣлыми семьями, заражая другъ друга); 2) скрытый періодъ въ обѣихъ болѣзняхъ коротокъ и равняется приблизительно 1—3 суткамъ; 3) однократное заболѣваніе той или другой формой гриппа не гарантируетъ отъ его повторенія; 4) катарры слизистыхъ оболочекъ хотя и не совсѣмъ обязательны для эпидемическаго гриппа, но все-таки въ большинствѣ случаевъ они принадлежатъ къ числу кардинальныхъ симптомовъ и во время нѣкоторыхъ эпидемій выступаютъ на первый планъ; 5) продолжительность болѣзни въ неосложненныхъ случаяхъ отличается короткостью (3—7 дней); 6) обычный исходъ — выздоровленіе.

Мы опишемъ сначала эндемическій гриппъ (синонимы: эпидемическій бронхитъ, дѣтскій гриппъ), а потомъ эпидемическій гриппъ (настоящій или пандемическій гриппъ, инфлюэнца).

Подъ именемъ **дѣтскаго гриппа** мы понимаемъ эпидемическій заразительный катарръ, локализирующійся на нѣсколькихъ слизистыхъ оболочкахъ заразъ или другъ за другомъ и въ такомъ случаѣ, начавшись съ носа, онъ быстро распространяется отсюда на сосѣднія части (конъюнктивы, зѣвъ) и книзу на бронхи, а иногда и на кишки.

Возрастъ оказываетъ замѣтное вліяніе на заболѣваніе гриппомъ, такъ какъ главнымъ контингентомъ для него являются дѣти отъ $^1/_2$ до 5 лѣтъ. Возрастъ оказываетъ вліяніе не только на частоту заболѣванія, но и на интенсивность его: чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ, говоря вообще, сильнѣе гриппъ; послѣ 7-ми лѣтъ абортив-

ные и легкіе гриппы встрѣчаются ужъ много чаще рѣзко выраженныхъ формъ, но заразительность и тѣхъ и другихъ одинакова, и при діагностикѣ гриппа у ребенка, не выходившаго на воздухъ и не имѣвшаго повода простудиться, надо имѣть въ виду, что *источникомъ семейной эпидеміи гриппа нерѣдко является острый насморкъ у кого-либо изъ взрослыхъ.*

Началу болѣзни предшествуетъ обыкновенно *періодъ предвѣстниковъ* въ видѣ безлихорадочнаго насморка и легкаго кашля въ теченіе немногихъ дней. Собственно болѣзнь начинается жаромъ, причемъ температура подымается *быстро,* достигая нерѣдко въ первый же вечеръ до 40—40,5.

Одновременно съ лихорадочнымъ состояніемъ появляются и катарральныя явленія (а если они уже были, то усиливаются), сначала въ видѣ насморка и конъюнктивита, а затѣмъ вскорѣ присоединяется и кашель.

Теченіе лихорадки при гриппѣ отличается большимъ разнообразіемъ; въ однихъ случаяхъ имѣется febris continua remittens съ значительными утренними ремиссіями и вечерними повышеніями какъ при тифѣ (39—39,5 утромъ и 39,5—40,5 вечеромъ). Такая высокая и постоянная лихорадка наблюдается по преимуществу у маленькихъ дѣтей до 2-хъ лѣтъ и указываетъ на очень острое теченіе гриппа, кончающагося въ такихъ случаяхъ болѣе или менѣе рѣзкимъ кризисомъ черезъ 8—15 дней. Катарръ быстро распространяется съ носа на бронхи, а нерѣдко и на легочную паренхиму, т.-е. развивается пнеймонія. Подобные гриппы нерѣдко принимаются за тифъ или за крупозную пнеймонію.

Въ другихъ случаяхъ лихорадка представляетъ *быстрыя колебанія* въ теченіе дня; она то падаетъ до нормы, то снова подымается градусовъ до 40. Замѣтить какую-либо правильность въ колебаніяхъ температуры нельзя, но тѣмъ не менѣе, при нѣкоторой натяжкѣ, можно принять болѣзнь за f. intermittens.

Вторымъ постояннымъ симптомомъ гриппа бываетъ *катарръ слизистыхъ оболочекъ.* Какъ правило, прежде всего поражается носъ и конъюнктива вѣкъ, потомъ, день или два спустя, а иногда и одновременно—зѣвъ и гортань. Слезотеченіе съ краснотой вѣкъ, непроходимость носа и истеченіе изъ ноздрей *прозрачной* жидкости, иногда хриплый голосъ, рѣже признаки суженія гортани при сухомъ лающемъ кашлѣ (ложный крупъ) характеризуютъ этотъ періодъ.

Насморкъ уже самъ по себѣ составляетъ драгоцѣнный признакъ для діагностики гриппа, но значеніе его еще больше, когда по-

является при немъ *стрѣльба въ ухо*. Симптомъ этотъ важенъ въ особенности потому, что онъ является рано, обыкновенно на первую или вторую ночь. Какъ бы высока ни была температура, какъ бы сильно ни были выражены припадки со стороны нервной системы въ видѣ бреда, метанія въ постели и проч., но если на 2-й день болѣзни имѣется насморкъ и стрѣльба въ ухо, то можно діагносцировать гриппъ, потому что такой комплексъ симптомовъ, какъ *сильный жаръ, насморкъ и стрѣльба въ ухо въ самомъ началѣ болѣзни, патогномониченъ для гриппа*. Само собой разумѣется, что отсутствіе ушной боли никоимъ образомъ не исключаетъ гриппа.

Дня черезъ 3 или позднѣе катарры начинаютъ разрѣшаться: изъ носа отдѣляется слизисто-гнойная жидкость, хриплый голосъ и лающій кашель исчезаютъ, лихорадка прекращается, и больной, въ случаѣ если катарръ не распространяется дальше, въ 7—10 дней совершенно выздоравливаетъ. Подобные легкіе случаи, при которыхъ катарръ не идетъ далѣе трахеи, свойственны преимущественно дѣтямъ старшаго возраста. Самые легкіе случаи гриппа, выражающіеся только насморкомъ и краснотой конъюнктивы, могутъ кончаться даже въ 3—4 дня. Это *абортивныя формы гриппа*.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ катарръ не ограничивается носомъ, а распространяется дальше и нерѣдко, минуя гортань, прямо перескакиваетъ на бронхи, что обозначается обыкновенно новымъ ожесточеніемъ лихорадки. Бронхитъ при гриппѣ, въ отличіе отъ обыкновеннаго катарра бронховъ, характеризуется, во 1-хъ, весьма сильнымъ и частымъ *сухимъ* кашлемъ при ничтожныхъ физикальныхъ признакахъ со стороны бронховъ, и во 2-хъ тѣмъ, что катарръ этотъ долго не разрѣшается. Въ этомъ отношеніи гриппъ похожъ на коклюшъ: въ обоихъ случаяхъ родители разсказываютъ, что ребенокъ сильно закашливается, такъ что иногда лицо покраснѣетъ отъ кашля или приступъ оканчивается рвотой, а между тѣмъ для объясненія этого кашля въ груди не удается найти почти ничего; кромѣ отсутствія свистящаго вдыханія, характернаго для коклюшнаго кашля, разница еще въ томъ, что при гриппѣ всегда бываетъ болѣе или менѣе значительная лихорадка, не свойственная коклюшу, и что при гриппѣ пароксизмы кашля особенно сильны по утрамъ и вечерамъ, тогда какъ при коклюшѣ—по ночамъ. При новомъ ожесточеніи лихорадки катарръ можетъ распространяться на мелкіе бронхи, на легочные пузырьки (pneumonia), а иногда и на кишки.

Кромѣ этихъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы лихорадка и катарры, при сколько-нибудь ясно выраженномъ гриппѣ всегда поражается и *нервная система*. Самымъ постоянныъ симптомомъ, кромѣ никогда не отсутствующей *головной боли*, иногда весьма сильной, бываетъ *безсонница* по ночамъ и *раздражительность* днемъ. Больной производитъ впечатлѣніе очень злого ребенка, и эта-то чрезмѣрная капризность или злость въ высокой степени характеристичны для гриппа, особенно, когда идетъ дѣло о дифференціальной діагностикѣ нѣкоторыхъ случаевъ гриппа отъ тифа; тифозные больные смирны.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ гриппа дѣти бредятъ, нерѣдко съ первой же ночи (тоже существенное отличіе отъ тифа, при которомъ бредъ является обыкновенно лишь въ концѣ первой недѣли); или вскакиваютъ по ночамъ, кричатъ, какъ бы испугавшись чего-нибудь, и, можетъ быть, даже не узнаютъ окружающихъ.

Теченіе гриппа крайне неопредѣленное и неправильное, а потому и предсказаніе при немъ относительно продолжительности не можетъ быть точнымъ, но quo ad vitam предсказаніе весьма хорошо, такъ какъ гриппъ кончается обыкновенно выздоровленіемъ даже и при осложненіи пнеймоніей.

Тяжелые случаи гриппа могутъ затягиваться на нѣсколько недѣль; такое хроническое теченіе располагаетъ къ развитію хронической пнеймоніи и туберкулеза.

Что касается до діагностики гриппа, то всего чаще смѣшивается онъ съ *острымъ катарромъ бронховъ*, отъ котораго отличается, во 1-хъ, эпидемическимъ распространеніемъ и заразительностью; во 2-хъ, тѣмъ, что, кромѣ бронховъ, поражаются и другія слизистыя оболочки; въ 3-хъ, что высота температуры, продолжительность лихорадки и сила или частота кашля не соотвѣтствуютъ обыкновенно признакамъ катарра; въ 4-хъ, что катарры при гриппѣ долго не разрѣшаются, несмотря на постельное содержаніе больного, и наконецъ, въ 5-хъ, что при гриппѣ часто поражается и нервная система.

О сходствѣ гриппа съ первымъ періодомъ коклюша см. о послѣднемъ. Здѣсь же замѣтимъ только, что чѣмъ выше температура въ началѣ болѣзни, тѣмъ вѣроятнѣе гриппъ, и наоборотъ; если, несмотря на нормальную или субфебрильную температуры, катарры носа и трахеи долго не разрѣшаются, несмотря на комнатное содержаніе, то вѣроятенъ коклюшъ.

Въ теченіе двухъ — трехъ первыхъ сутокъ діагностика можетъ

колебаться между гриппомъ и періодомъ *предвѣстниковъ кори;* характеръ красноты слизистой оболочки зѣва, вѣкъ и рта всего лучше рѣшаетъ дѣло; при кори краснота этихъ слизистыхъ оболочекъ, въ особенности мягкаго и твердаго нёба, всегда бываетъ пятнистая, при гриппѣ же, какъ при обыкновенныхъ катаррахъ — сплошная.

Вторымъ критеріемъ можетъ служить характеръ эпидеміи; понятно, что если въ извѣстной семьѣ, въ которой есть уже коревой больной, кто-либо изъ дѣтей заболѣваетъ насморкомъ и слезотеченіемъ, то мы скорѣе предположимъ у него корь, а не гриппъ, хотя бы въ зѣвѣ въ данномъ случаѣ и не было пятнистой красноты, такъ какъ при кори она бываетъ далеко не всегда.

Наконецъ 3-й, хотя и менѣе важный, признакъ мы имѣемъ въ *чиханіи,* которое въ періодѣ предвѣстниковъ кори встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при гриппѣ, что зависитъ, можетъ быть, отъ того, что при кори и свѣтобоязнь бываетъ сильнѣе, а извѣстно, что подъ вліяніемъ сильнаго свѣта чиханіе появляется даже и у здоровыхъ людей, не имѣющихъ насморка.

Въ дальнѣйшемъ теченіи гриппъ, протекая съ постоянной лихорадкой и, можетъ быть, съ поносомъ, симулируетъ *тифъ.*

Діагностика основывается на томъ, что при отсутствіи симптомовъ, спеціально указывающихъ на тифъ, каковы тифозная розеола и опухоль селезенки, есть симптомы, совсѣмъ не свойственные тифу, но характерные для гриппа: насморкъ и раздражительность. Свѣжая опухоль селезенки говоритъ противъ гриппа.

Если насморкъ уже исчезъ, то весьма существенныя данныя получаются изъ анамнеза: болѣзнь началась съ насморка, съ появленіемъ лихорадочнаго состоянія кашель ужъ съ самаго начала выступилъ на первый планъ, лихорадка шла неправильно, часто падала почти до нормы — гриппъ; болѣзнь началась исподволь, съ головной боли, потери аппетита и лихорадочнаго состоянія по вечерамъ; вначалѣ не было ни насморка, ни кашля, послѣдній появился къ концу недѣли, лихорадка постепенно увеличивалась и, достигнувъ maximum'а на 4—5 день, стоитъ на этой высотѣ, дѣлая ремиссіи по утрамъ — тифъ.

Важное діагностическое значеніе имѣетъ и возрастъ: до 2-хъ лѣтъ тифъ встрѣчается рѣдко, тогда какъ гриппъ очень часто.

Разница рѣзкая, и несмотря на то, ошибки въ діагностикѣ встрѣчаются довольно часто; врачъ принимаетъ гриппъ или за тифъ или совсѣмъ не можетъ подвести свой случай подъ какую-нибудь рубрику,

а всѣ подобныя затрудненія проистекаютъ только изъ того, что врачъ *не имѣетъ въ виду гриппа.*

Что касается до припадковъ и теченія **эпидемическаго гриппа,** то въ этомъ отношеніи существуетъ такое разнообразіе, что смотря по преобладанію тѣхъ или иныхъ симптомовъ принято различать разныя формы этой болѣзни, каковы напримѣръ influenza cephalica (спячка, сильный бредъ, безсознательное состояніе), infl. abdominalis s. gastrica (потеря аппетита, рвота, боль живота, поносъ), infl. neuralgica (боли по направленію периферическихъ нервовъ а также въ спинѣ и конечностяхъ), infl. thoracica s. catarrhalis катарры и воспаленія дыхательныхъ органовъ). Общими признаками всѣхъ этихъ формъ являются, кромѣ быстраго и обширнаго распространенія эпидеміи и повальнаго заболѣванія людей всѣхъ возрастовъ, внезапное начало болѣзни, въ видѣ быстраго поднятія температуры съ сильной головной болью и съ значительной общей слабостью при короткой продолжительности: неосложненные случаи кончаются въ 2—5 дней, большею частью критическимъ потомъ.

Выше было уже указано на то, что у взрослыхъ настоящій гриппъ протекаетъ тяжелѣе, чѣмъ въ дѣтскомъ возрастѣ; по крайней мѣрѣ въ эпидемію $^{89}/_{90}$ года разница эта была выражена такъ рѣзко, что я нахожу болѣе удобнымъ описать теченіе гриппа у взрослыхъ и дѣтей отдѣльно, при чемъ буду основываться главнымъ образомъ на эпидеміи прошлой зимы.

У *взрослыхъ* субъектовъ на первый планъ выступали нервные, т.-е. болевые, симптомы, тогда какъ катарры дыхательныхъ органовъ (составляющіе обыкновенно существенную принадлежность инфлюэнцы) или вовсе отсутствовали или являлись поздно, напр. по окончаніи лихорадки. Болѣзнь почти всегда начиналась внезапно (рѣдко послѣ 1—2-дневнаго недомоганія) сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (39—39,5 на первый вечеръ), одновременно съ которымъ появляются различныя боли: головная боль, боль въ глазахъ, усиливавшаяся при движеніи глазъ, въ поясницѣ и ногахъ, особенно въ икрахъ; сравнительно рѣже появлялись боли и въ другихъ мѣстахъ, напр. въ видѣ общей гиперэстезіи кожи, межреберныхъ нервальгій, мигрени, а также и артралгій.

Къ числу постоянныхъ симптомовъ принадлежали далѣе: потеря аппетита, большая слабость, головокруженіе при попыткахъ встать, безсонница, рѣже бредъ или сонливость. Всѣ поименованныя боли характеризовались внезапностью своего появленія или быстротой развитія и тѣмъ, что не сопровождались какими-либо симптомами

воспаленія (въ болѣзненныхъ мѣстахъ не было ни красноты, ни припухлости, ни повышенія мѣстной температуры) и наконецъ тѣмъ, что онѣ были непродолжительны и быстро исчезали вслѣдъ за прекращеніемъ лихорадочнаго состоянія, и только въ видѣ исключенія оставались иногда невральгіи на болѣе или менѣе продолжительное время; напротивъ того, потеря аппетита и общая слабость почти у всѣхъ больныхъ оставались недѣли на 2—3, что совершенно не соотвѣтствовало ни короткости, ни силѣ лихорадочнаго состоянія.

Въ послѣднюю эпидемію инфлуэнцы во многихъ случаяхъ все дѣло ограничивалось только одними этими нервными припадками да жаромъ, при полномъ отсутствіи какихъ-либо катарровъ. Въ другихъ случаяхъ встрѣчались и катарры и всего чаще именно дыхательныхъ органовъ, въ видѣ насморка, красноты зѣва, хрипоты и кашля; рѣже наблюдались желудочныя явленія, каковы рвота и поносъ. У большинства больныхъ кашель появлялся поздно, т.-е. лишь по прекращеніи лихорадки и исчезаніи болей. Особую окраску этимъ катаррамъ придавалъ какъ бы нервный характеръ ихъ, такъ напр. насморкъ сопровождался сильной болью во лбу, надъ переносьемъ; ларинго-трахеитъ — спазматическимъ, сухимъ кашлемъ, иногда со рвотой какъ при коклюшѣ; трахео-бронхитъ — сильной болью вдоль sternum и одышкой; въ случаѣ рвоты больные жаловались на боль подъ ложечкой, а при поносѣ — на боль живота.

Изъ числа симптомовъ, встрѣчавшихся хотя бы и въ меньшинствѣ случаевъ, но до нѣкоторой степени затруднявшихъ діагностику и подававшихъ поводъ къ смѣшенію инфлуэнцы съ денги заслуживаютъ упоминанія боли въ сочлененіяхъ, особенно въ колѣняхъ (безъ воспалительныхъ явленій) и различныя сыпи, то въ видѣ уртикаріи, то напоминавшія корь или скарлатину.

Продолжительность инфлюэнцы у взрослыхъ въ легкихъ случаяхъ равнялась 1—2 днямъ, въ среднихъ и тяжелыхъ — отъ 3 до 6 и даже до 10 дней. Изъ осложненій всего чаще встрѣчались различныя формы воспаленія легкаго.

Что касается до симптомовъ инфлюэнцы въ *дѣтскомъ возрастѣ,* то несомнѣнно, что въ эпидемію 89 года дѣти захварывали не такъ сильно, какъ взрослые; у *дѣтей очень часто отсутствовали не только катарры, но даже и боли въ поясницѣ и въ икрахъ;* сплошь и рядомъ дѣти 8 — 10 лѣтъ не жаловались на эти боли даже и при вопросахъ о нихъ, такъ что вся болѣзнь выражалась у дѣтей внезапнымъ наступленіемъ жара (39—40°), головной болью и общей слабостью; черезъ 2—3 дня всѣ припадки исчезали, и

діагностика инфлюэнцы могла быть установлена только на основаніи характера эпидеміи, т.-е. поголовнаго заболѣванія въ самое короткое время всѣхъ членовъ семьи. Въ дѣтскомъ возрастѣ сравнительно чаще чѣмъ у взрослыхъ появлялась въ началѣ болѣзни тошнота и повторная *рвота* и носовыя кровотеченія. Сравнительная легкость заболѣванія дѣтей выражалась между прочимъ короткостью періода выздоровленія (т.-е. у нихъ раньше возвращался аппетитъ и возстановлялись силы) и рѣдкостью развитія осложненій вообще и пневмоніи въ особенности. Различныя сыпи изрѣдка встрѣчались и у дѣтей; онѣ ничѣмъ не отличались отъ сыпей у взрослыхъ. Печень и селезенка при инфлюэнцѣ у дѣтей обыкновенно не увеличивались замѣтнымъ образомъ.

Такъ какъ инфлюэнца отличается гораздо большимъ разнообразіемъ припадковъ, чѣмъ нашъ эндемическій гриппъ, то при *дифференціальной діагностикѣ* ея пришлось бы затрогивать очень много болѣзней, смотря по преобладанію того или иного симптома. Такъ, напр., очень сильная головная боль можетъ породить мысль о менингитѣ, особенно въ случаѣ начальной рвоты; боль въ ногахъ, особенно въ сочлененіяхъ, наводитъ врача на мысль о ревматизмѣ; повторная рвота и жаръ — на катарръ желудка; боль въ поясницѣ при сильномъ лихорадочномъ состояніи и рвотѣ — на оспу; катарръ носа, глазъ и гортани — на корь; разлитыя эритемы — на скарлатину. Распознаваніе во всѣхъ случаяхъ значительно облегчается характеромъ эпидеміи, т.-е. повальнымъ заболѣваніемъ и взрослыхъ и дѣтей различными формами инфлюэнцы и нестойкостью припадковъ послѣдней; колебанія врача не могутъ продолжаться долѣе 2—3 дней, такъ какъ послѣ этого срока симптомы инфлюэнцы въ большинствѣ случаевъ начинаютъ ужъ стихать.

Въ спорадическихъ случаяхъ или въ началѣ эпидеміи діагностика можетъ быть твердо установлена только при вполнѣ выраженныхъ случаяхъ и главнымъ образомъ при наличности симптомовъ со стороны нервной системы въ видѣ упадка силъ, не соотвѣтствующаго ни силѣ, ни продолжительности лихорадочнаго состоянія, и различнаго вида болей, о которыхъ уже не разъ было говорено.

Спорадическіе случаи *дѣтской* инфлюэнцы, отличающейся отсутствіемъ характерныхъ болей, а нерѣдко и катарровъ, не поддаются точной діагностикѣ и въ неэпидемическое время регистрируются врачами то какъ f. gastrica, то какъ f. herpetica, rheumatica или ephemera. Инфлюэнца 89 года благодаря частому отсутствію катарровъ, представляла большое сходство съ денги (Dengue),

за каковую и считалась нѣкоторыми французскими врачами. Обѣ эти болѣзни поражаютъ громадное число жителей; обѣ онѣ относятся къ числу міазматически-контагіозныхъ болѣзней, обѣ наступаютъ внезапно среди полнаго здоровья и начинаются быстрымъ поднятіемъ температуры и болью головы, поясницы и въ конечностяхъ; обѣ кончаются критически черезъ 2—3 или въ 5—7 дней; въ обѣихъ болѣзняхъ наблюдаются рецидивы черезъ 1—3 дня послѣ окончанія перваго приступа, наконецъ въ обѣихъ встрѣчаются разнообразныя сыпи на кожѣ, въ видѣ пятнистыхъ или разлитыхъ эритемъ или кропивницы. Сходство усиливается еще и тѣмъ, что и при Dengue появляются иногда катарры слизистыхъ оболочекъ носа, рта и зѣва или диспнеа безъ катарра бронховъ. Со стороны органовъ пищеваренія въ обоихъ случаяхъ наблюдаются въ качествѣ обязательныхъ симптомовъ потеря аппетита, обложенный языкъ и наклонность къ запору, а иногда и рвота; далѣе — обѣимъ свойственна безсонница, головная боль, носовыя кровотеченія, упадокъ силъ медленное выздоровленіе. Предсказаніе въ обѣихъ болѣзняхъ благопріятное.

Отличія состоятъ въ томъ, что при Dengue боль въ конечностяхъ локализируется не столько въ икрахъ, сколько въ сочлененіяхъ, при чемъ послѣднія припухаютъ какъ при остромь ревматизмѣ, чего при инфлюэнцѣ обыкновенно не бываетъ; рецидивы при Dengue составляютъ правило, подобно тому какъ въ рекуррентѣ, а также и сыпи на кожѣ отсутствуютъ рѣдко, между тѣмъ какъ при инфлюэнцѣ и то и другое встрѣчается лишь въ меньшинствѣ случаевъ; главное же отличіе состоитъ въ томъ, что при Dengue почти никогда не бываетъ катарровъ дыхательныхъ органовъ. Итакъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ сходство между инфлюэнцей и Dengue можетъ быть полнымъ до степени тождества, но въ общемъ характерѣ эпиденій будетъ большая разница: инфлюэнца принадлежитъ къ числу катарральныхъ болѣзней, а Dengue нѣтъ.

Коклюшъ, подобно гриппу, принадлежитъ тоже къ числу общихъ инфекціонныхъ, эпидемическихъ и контагіозныхъ болѣзней; онъ характеризуется своеобразнымъ, судорожнымъ кашлемъ, вслѣдствіе локализаціи болѣзни на слизистой оболочкѣ верхнихъ воздухоносныхъ путей, а можетъ быть также и въ продолговатомъ мозгу.

Въ теченіи коклюша различаютъ: 1) періодъ предвѣстниковъ или катарральный, 2) пер. спазмотическаго кашля и 3) пер. разрѣшенія или бленорройный.

Первый періодъ — катарральный начинается или въ видѣ легкаго гриппа, или подъ маской фарингита. Въ первомъ случаѣ больной

начинаетъ немного лихорадить (38—38,5) и вмѣстѣ съ тѣмъ получаетъ кашель при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди (pharyngitis s. laryngo-tracheitis), а иногда и насморкъ. Картина болѣзни настолько похожа на фарингитъ или при насморкѣ на легкій гриппъ, что діагностика въ первые три дня можетъ быть сдѣлана, развѣ только на основаніи свойствъ мочи (см. ниже). Въ дальнѣйшемъ теченіи можно предполагать коклюшъ на томъ основаніи, что *легкій* гриппъ обыкновенно не затягивается, а напротивъ того, дня черезъ три отъ начала болѣзни, начинаетъ разрѣшаться, лихорадка прекращается, кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе, тогда какъ при коклюшѣ — какъ разъ наоборотъ: если лихорадка и исчезаетъ, то кашель все-таки остается сухимъ и болѣе частымъ и особенно въ *первые часы ночи* (это характерно для коклюша), при чемъ Доверовъ порошокъ данный вечеромъ, обыкновенно не облегчаетъ кашля; въ теченіе второй недѣли діагностика коклюша въ большинствѣ случаевъ можетъ быть сдѣлана уже съ очень большой вѣроятностью на томъ основаніи, что въ тѣ же часы ночи кашель начинаетъ принимать пароксизмообразный характеръ. Прежде онъ состоялъ изъ отдѣльныхъ кашлевыхъ толчковъ, а теперь нѣсколько кашлевыхъ толчковъ (и чѣмъ больше ихъ число, тѣмъ характернѣе для коклюша) слѣдуютъ ужъ такъ быстро другъ за другомъ, что ребенокъ не можетъ дѣлать вздоха иначе, какъ только послѣ цѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ; такого рода кашель похожъ на кашель 2-го (судорожнаго) періода, но отличается отъ него главнымъ образомъ, отсутствіемъ рвоты въ концѣ пароксизма и спазма голосовой щели, обусловливающаго свистящій вздохъ, столь характерный для настоящаго коклюшнаго кашля.

Переходъ катарральнаго періода въ спазмотическій совершается такимъ образомъ довольно постепенно: своеобразный судорожный кашель появляется сначала разъ или два въ ночь, а потомъ и днемъ. Кашель этотъ настолько характеристиченъ, что стоитъ хоть разъ услыхать его, чтобы потомъ никогда не забыть и узнавать коклюшъ изъ сосѣдней комнаты.

Коклюшлый кашель состоитъ въ слѣдующемъ: больной *вдругъ* сильно закашливается, и кашлевые толчки слѣдуютъ другъ за другомъ *безъ передышки* до тѣхъ поръ, пока въ легкихъ есть запасъ воздуха; потомъ больной дѣлаетъ глубокій вздохъ, но въ это время голосовая щель судорожно сжимается, и воздухъ, проходя черезъ узкую щель, производитъ *громкій* звукъ, напоминающій свистъ,

слышный черезъ нѣсколько комнатъ; непосредственно послѣ этого опять начинается кашель, опять свистъ и т. д. отъ двухъ до пяти и болѣе разъ, пока приступъ кашля не кончится *рвотой* или *изверженіемъ большого количества тягучей слюны* или слизи при тошнотномъ движеніи. Коклюшные пароксизмы всего чаще повторяются ночью.

Для оцѣнки интенсивности болѣзни слѣдуетъ обращать вниманіе на силу приступовъ и частоту ихъ. Если число приступовъ не превышаетъ 15 разъ въ сутки, то коклюшъ можно считать легкимъ, если отъ 15 до 24 разъ — среднимъ, и если больше 24 разъ, то тяжелымъ. О силѣ пароксизмовъ судятъ, во 1-хъ, по числу свистящихъ вздоховъ отъ начала до конца приступа кашля. Въ тяжелыхъ случаяхъ рвота наступаетъ лишь послѣ 4—6-го свиста, а въ легкихъ — уже послѣ перваго.

Свистъ при кашлѣ является болѣе постояннымъ симптомомъ коклюша, нежели рвота, такъ какъ въ нормальныхъ случаяхъ онъ является при всякомъ пароксизмѣ, а рвота раза 2—3 въ день, въ особенности послѣ тѣхъ приступовъ кашля, что наступаютъ вскорѣ послѣ ѣды. По частотѣ появленія рвоты тоже можно судить о тяжести коклюша.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что коклюшный пароксизмъ въ большинствѣ случаевъ можетъ быть вызванъ у больного искусственно различными способами, суть которыхъ сводится къ тому, чтобы заставить больного кашлянуть. Дѣтямъ старшаго возраста можно просто сказать, чтобы они нарочно кашлянули, а у маленькихъ кашель вызывается надавливаніемъ пальцемъ на яремную ямку или на гортань, а еще вѣрнѣе при изслѣдованіи зѣва помощью шпателя. Извѣстно также, что пароксизмъ появляется при всякомъ волненіи ребенка, будетъ ли оно выражаться смѣхомъ или плачемъ и т. п.

Изъ другихъ симптомовъ коклюша, позволяющихъ врачу узнать его, не слыхавши кашля, важны *habitus больного* и *изъязвленіе уздечки* языка и характерныя свойства мочи. Вслѣдствіе часто повторяющихся застоевъ крови во время кашля у больного развивается одутловатость лица, припухлость вѣкъ, покраснѣніе конъюнктивы глазъ, иногда кровяные подтеки на склерахъ и капиллярныя геморрагіи на кожѣ лица и всего болѣе на вѣкахъ.

Изъязвленіе уздечки языка встрѣчается только у дѣтей, имѣющихъ рѣзцы, и чѣмъ острѣе они, тѣмъ скорѣе появляется и язвочка; по этой причинѣ у дѣтей до 2-хъ лѣтъ она встрѣчается

гораздо чаще, чѣмъ у дѣтей послѣ 5-ти лѣтъ. Діагностическое значеніе язвочки уздечки велико, такъ какъ она встрѣчается почти исключительно только при коклюшѣ.

На особыя *свойства мочи* при коклюшѣ обратили вниманіе московскіе врачи Блументаль и Гиппіусъ. Они подмѣтили именно, что моча коклюшныхъ больныхъ, несмотря на свою *блѣдную окраску,* отличается *высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ* (отъ 1022 до 1035 по урометру Vogel'я вмѣсто нормальнаго 1010—1012) и *богатствомъ мочевой кислоты,* которая въ силу трудной растворимости своей осаждается въ видѣ мелкаго бѣловатаго порошка, оказывающагося при микроскопическомъ изслѣдованіи кристаллами мочевой кислоты.

Провѣривъ заявленіе Б. и Г. болѣе чѣмъ въ 10 случаяхъ коклюша, я не встрѣтилъ ни одного исключенія изъ установленнаго ими правила и нахожу вполнѣ справедливымъ называть подобную мочу „коклюшной мочей". Для діагностики коклюша особенно важно то обстоятельство, что по наблюденіямъ Б. и Г. коклюшная моча появляется очень *рано, а именно уже въ инкубаціонномъ періодѣ коклюша,* значитъ еще до появленія какого бы то ни было кашля или въ самомъ началѣ катарральнаго періода, когда для діагностики коклюша нѣтъ никакихъ другихъ точекъ опоры.

Дальнѣйшимъ наблюденіямъ предстоитъ выяснить не встрѣчается ли подобная моча когда-нибудь и при некоклюшномъ кашлѣ, напр. при безлихорадочномъ фарингитѣ или при легкомъ гриппѣ.

Діагностика коклюша отнюдь не можетъ основываться на одномъ лишь свистѣ во время кашля, такъ какъ свистящаго вдыханія можетъ и не быть; довольно часто, напр., онъ отсутствуетъ при коклюшѣ у грудныхъ дѣтей; онъ можетъ исчезнуть у больныхъ, у которыхъ онъ былъ, вслѣдствіе наступленія слабости, какъ результата какого-нибудь осложненія, наконецъ, его не бываетъ въ легкихъ и абортивныхъ случаяхъ коклюша, при которыхъ болѣзнь не развивается далѣе катарральнаго періода съ намеками на судорожный кашель. Иногда діагностика подобныхъ случаевъ возможна только на основаніи характера эпидеміи.

При нормальномъ, неосложненномъ коклюшѣ выслушиваніе и постукиваніе груди даютъ отрицательные результаты, такъ какъ катарръ не идетъ далѣе трахеи и первыхъ бронховъ.

Что касается до лихорадочнаго состоянія, то въ періодѣ полнаго развитія коклюша температура бываетъ нормальной и по общему отзыву авторовъ наличность повышенія температуры въ спазмотическомъ періодѣ указываетъ на какое-нибудь осложненіе.

Однако съ этимъ послѣднимъ положеніемъ безусловно согласиться нельзя, такъ какъ встрѣчаются случаи коклюша, въ которыхъ лихорадка, начавшись въ катарральномъ періодѣ, тянется во время всего stad. spasmotici и дѣло обходится все-таки безъ всякаго осложненія, а потому при діагностикѣ осложненій коклюша слѣдуетъ имѣть въ виду, *что лихорадочное состояніе во время коклюша еще не доказываетъ развитія какого-либо осложненія*.

Послѣ 3—4-недѣльнаго существованія судорожнаго періода онъ переходитъ постепенно во второй—катарральный или бленорройный періодъ. Кашель дѣлается рѣже и слабѣе, рвота и свистъ исчезаютъ, въ груди слышатся распространенные, влажные, крупно- и среднепузырчатые хрипы, мокрота, бывшая прежде свѣтлой и тягучей, дѣлается теперь желтоватой и легче отхаркивается; недѣли черезъ 2—3 кашель совсѣмъ прекращается, и больной выздоравливаетъ.

Замѣчательно, что у больного, выздоровѣвшаго отъ коклюша, надолго (на нѣсколько мѣсяцевъ) остается расположеніе къ коклюшному кашлю, такъ что стóитъ ему простудиться или получить гриппъ, словомъ — закашлять, и кашель его сейчасъ же принимаетъ спазмотическій характеръ, т.-е. больной закашливается до покраснѣнія лица и во время вздоха происходитъ свистъ вслѣдствіе спазма голосовой щели. Это возвратъ не коклюша, а только коклюшеподобнаго кашля, который никого не заражаетъ и при комнатномъ содержаніи проходитъ такъ же скоро, какъ обыкновенный бронхитъ.

На основаніи описанныхъ признаковъ и теченія, діагностика коклюша легка, такъ какъ коклюшный кашель настолько типиченъ, что не узнать его трудно, даже и неврачу, кто хоть разъ его слышалъ. Если такой кашель встрѣчается у нѣсколькихъ дѣтей извѣстной семьи, то въ діагностикѣ не можетъ быть сомнѣнія.

Извѣстное сходство съ коклюшемъ могутъ представить нѣкоторые случаи laryngo-pharyngitidis, когда больной закашливается сухимъ кашлемъ до покраснѣнія лица и до рвоты, но при этомъ не бываетъ характернаго свиста при вдыханіи во время кашля, да и рвота продолжается недолго, если больной остается въ комнатѣ.

Коклюшеподобный кашель встрѣчается еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ гиперплязіи и творожистаго перерожденія бронхіальныхъ железъ. Помимо того, что сходство между этими двумя кашлями довольно отдаленное, существенная разница состоитъ въ теченіи и въ анамнезѣ. Для коклюша типично то, что онъ начинается съ сухого, короткаго кашля, который черезъ нѣсколько уже дней посте-

пенно переходитъ въ судорожный, а этотъ послѣдній въ свою очередь, черезъ 2—4 недѣли начинаетъ ослабѣвать и переходитъ во влажный, катарральный. При гиперплязіи железъ кашель тянется сначала въ видѣ хроническаго бронхита, который, долго спустя, принимаетъ сходство съ коклюшемъ (ребенокъ закашливается до покраснѣнія лица и иногда дѣлаетъ при этомъ свистящее вдыханіе) и на этой степени развитія остается неопредѣленно долго. Такія дѣти — рахитики или золотушны, страдаютъ опухолью шейныхъ железъ и представляютъ или симптомы стеноза трахеи (отъ сдавленія), или другіе симптомы пораженія бронхіальныхъ железъ (см. стран. 180). Къ этому слѣдуетъ еще добавить, что хотя увеличеніе бронхіальныхъ железъ встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ и очень часто, но коклюшеподобный кашель внѣ коклюша является очень рѣдко.

Что съ коклюшемъ не слѣдуетъ смѣшивать спазмотическій кашель (со свистомъ и со рвотой), являющійся у выздоравливающихъ отъ коклюша при простудѣ, объ этомъ было ужъ говорено.

Распознаваніе коклюша не представляетъ затрудненій даже и въ амбуляторной практикѣ. Основаніемъ діагностикѣ въ такихъ случаяхъ служатъ: 1) эпидемичность болѣзни (кашляютъ нѣсколько дѣтей въ данной семьѣ). 2) Приступъ кашля сопровождается свистящимъ вдыханіемъ и покраснѣніемъ (посинѣніемъ) лица и оканчивается рвотой и изверженіемъ мокроты даже у маленькихъ дѣтей. (Дѣти до 5-ти лѣтъ при простомъ бронхитѣ никогда не выхаркиваютъ мокроту, а глотаютъ ее; а потому если мать передаетъ, что ребенокъ послѣ приступа кашля выдѣляетъ мокроту наружу, то это обстоятельство (обязанное своимъ происхожденіемъ рвотному движенію) очень характерно для коклюша). 3) Кажель ночью замѣтно сильнѣе, чѣмъ днемъ. 4) Одутловатость лица и припухлость вѣкъ. 5) Изъязвленіе уздечки языка. 6) Для многихъ случаевъ характерны и отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, несмотря на заявленіе матери, что ребенокъ кашляетъ очень сильно.

Всего труднѣе узнать коклюшъ въ самомъ началѣ катарральнаго періода. О тѣхъ признакахъ, которыми можно руководствоваться въ это время, было сказано выше, главнѣйшимъ изъ нихъ является коклюшная моча.

При діагностикѣ коклюша у грудныхъ дѣтей слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ этомъ возрастѣ коклюшный кашель часто протекаетъ безъ свиста, но для правильной оцѣнки его важно то, что

большинство приступовъ кашля кончается рвотой, что рядъ кашлевыхъ толчковъ слѣдуетъ другъ за другомъ безъ передышки и ведетъ къ покраснѣнію лица, что часто развивается язвочка подъ языкомъ и что сильный кашель протекаетъ безъ лихорадочнаго состоянія и даже нерѣдко безъ хриповъ.

Въ виду отсутствія свиста, врачи часто не узнаютъ коклюша у грудныхъ дѣтей и принимаютъ его за кашель къ зубамъ, но конечно безъ всякаго основанія, такъ какъ кашель во время прорѣзыванія зубовъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго бронхита: онъ скоро проходитъ и не имѣетъ наклонности осложняться рвотой.

Къ числу легочныхъ болѣзней, протекающихъ безъ притупленія перкуторнаго звука, но съ кашлемъ (вслѣдствіе сопутствующаго бронхита) и одышкой, относится еще *отекъ легкаго* и *эмфизема*.

Отекъ легкаго по своимъ физикальнымъ признакамъ имѣетъ сходство съ распространеннымъ бронхитомъ, такъ какъ онъ выражается одышкой при ясномъ перкуторномъ звукѣ и при обильныхъ, влажныхъ, молко- и крупнопузырчатыхъ хрипахъ въ обоихъ легкихъ. Діагностика отека легкихъ значительно облегчается сопутствующими обстоятельствами, выясняющими этіологію его; сюда относится, напр., общая водянка вслѣдствіе нефрита или порока сердца, упадокъ дѣятельности сердца при сильныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, затрудненное кровообращеніе въ легкихъ при обильномъ плевритическомъ экссудатѣ, пнеймоніи и т. п. Характерно далѣе быстрое развитіе одышки вмѣстѣ съ синюхой и похолоданіемъ конечностей. Капиллярный бронхитъ никогда не распространяется такъ быстро на оба легкія, а усиливается постепенно, начинаясь съ заднихъ, нижнихъ частей.

Въ большинствѣ руководствъ по дѣтскимъ болѣзнямъ **эмфиземѣ** не удѣляется особой главы на томъ основаніи, что настоящая эмфизема, характеризующаяся растяженіемъ легочныхъ пузырьковъ съ послѣдовательной атрофіей межъальвеолярныхъ стѣнокъ и капилляровъ въ дѣтскомъ возрастѣ не встрѣчается; то, что называется у дѣтей эмфиземой, есть собственно не эмфизема, а **растяженіе легкихъ** — *dilatatio pulmonum*, отличающееся главнымъ образомъ временнымъ характеромъ. Такое растяженіе легкихъ весьма часто встрѣчается при коклюшѣ, а также при хроническомъ бронхитѣ и характеризуется, главнымъ образомъ, перемѣщеніемъ границъ яснаго звука легкаго въ области его переднихъ краевъ (уменьшеніе сердечной тупости) и нижнихъ (пониженіе верхней границы печеночной тупости до 7-го и даже до 8-го ребра). Рѣдко

бываетъ, чтобъ грудная клѣтка приняла, вслѣдствіе увеличенія ея горизонтальныхъ діаметровъ, бочкообразную форму, какъ это наблюдается у взрослыхъ.

Болѣзни легкихъ, характеризующіяся появленіемъ тупого звука.

Крупозное воспаленіе легкихъ. Pneumonia cruposa встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, не исключая и грудныхъ, не рѣже чѣмъ у взрослыхъ. Она всегда протекаетъ въ очень острой формѣ и характеризуется внезапнымъ наступленіемъ сильнаго жара и быстрымъ развитіемъ уплотнѣнія цѣлой или почти цѣлой доли легкаго. Соотвѣтственно мѣсту образованія экссудата получается тупой звукъ, и такъ какъ уплотнѣлое легкое лучше проводитъ звукъ, чѣмъ легкое раздутое, то въ мѣстѣ притупленія слышится бронхіальное дыханіе и бронхофонія, а при ощупываніи — усиленныя голосовыя сотрясенія.

Эти основные симптомы встрѣчаются какъ въ типическихъ, такъ и въ аномальныхъ формахъ крупозной пнеймоніи, отличіе которыхъ обусловливается различнымъ характеромъ сопутствующихъ симптомомъ и теченіемъ.

Типическая крупозная пнеймонія начинается у дѣтей старшаго возраста лѣтъ послѣ 7, какъ и у взрослыхъ, знобомъ, у маленькихъ — намекомъ на него (похолоданіе конечностей, синева губъ), иногда общими судорогами, чаще рвотой, но для всѣхъ случаевъ обязательно *быстрое наступленіе сильнаго жара*: уже на первыя сутки температура достигаеть до 40° и больше; одновременно съ этимъ появляется короткій, сухой, *болѣзненный* кашель и учащенное дыханіе (у дѣтей до 2-хъ лѣтъ до 80 разъ, у старшихъ — до 50—40) съ раздуваніемъ ноздрей; дѣти послѣ 5—6 лѣтъ съ первыхъ же дней жалуются на *боль въ боку,* усиливающуюся при кашлѣ и глубокомъ вздохѣ, что значительно облегчаетъ діагностнку въ началѣ болѣзни, когда признаки уплотнѣнія легкихъ еще не появились.

Дѣти отъ 3 до 5 лѣтъ на боль въ боку никогда почти не жалуются, но зато они столь же постоянно указываютъ на *боль живота*, то въ области подложечки, то ниже, но вообще безъ точной локализаціи. Боль живота въ началѣ пнеймоніи у дѣтей младшаго возраста имѣетъ довольно важное значеніе для діагностики, такъ какъ при острыхъ гастритахъ, съ которыми можетъ

представить сходство крупозное воспаленіе легкихъ въ случаѣ начальной рвоты, дѣти обыкновенно не жалуются на самостоятельную боль въ животѣ, а о перитонитѣ въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи, потому что боль живота при пнеймоніи не усиливается при давленіи и потому опредѣлить ея мѣсто посредствомъ ощупыванія нельзя; боль эта только кажущаяся, отраженная, т.-е. неправильно локализируемая ребенкомъ боль въ боку; итакъ, если у больного мы находимъ сильный жаръ, учащенное дыханіе съ раздуваніемъ ноздрей и короткій, сухой, частый кашель и предполагаемъ на этомъ основаніи начало пнеймоніи, то боль живота, хотя бы и при повторной рвотѣ, обложенномъ языкѣ и проч., не только не говоритъ противъ этого предположенія, но даже подтверждаетъ его; она имѣетъ, по нашему мнѣнію, болѣе важное значеніе, чѣмъ даже учащенное дыханіе, встрѣчающееся при всякомъ сильномъ жарѣ, а потому слѣдуетъ имѣть въ виду, что частое дыханіе только въ томъ случаѣ можетъ имѣть значеніе симптома пораженія легкихъ, когда оно сопровождается раздуваніемъ ноздрей и кашлемъ и когда частота его увеличилась не пропорціонально пульсу. Въ нормальномъ состояніи на одно дыханіе приходится 3—4 удара пульса, а при острыхъ заболѣваніяхъ легкихъ отношеніе измѣняется какъ $1 : 1^1/_2 — 2$. Если боль при дыханіи значительно усиливается, то получается *охающее* выдыханіе, характеризующееся тѣмъ, что каждое выдыханіе заканчивается короткимъ оханьемъ. Впрочемъ, подобный характеръ дыханія встрѣчается при одышкѣ и отъ другихъ причинъ.

На основаніи только что указанныхъ симптомовъ можно предполагать начало пнеймоніи съ большой вѣроятностью, но болѣе опредѣленно высказаться нельзя даже и при помощи результатовъ физикальнаго изслѣдованія груди, такъ какъ уплотнѣніе не является сразу; проходитъ 2—3 дня, пока оно выяснится. Въ первое время постукиваніе даетъ либо отрицательные результаты, либо на мѣстѣ воспаленія получается тимпаническій оттѣнокъ, не рѣшающій дѣла: при выслушиваніи у взрослыхъ часто можно слышать на ограниченномъ мѣстѣ крепитирующіе хрипы, но у дѣтей въ первомъ періодѣ пнеймоніи ихъ почти никогда не бываетъ, такъ какъ для этого ребенокъ долженъ бы глубоко вздохнуть, а между тѣмъ вслѣдствіе боли онъ дышитъ очень поверхностно, и выслушиваніе даетъ только ослабленное или неопредѣленное дыханіе.

Въ дальнѣйшемъ теченіи пнеймоніи лихорадка остается на нѣсколько дней на достигнутой высотѣ или поднимается еще выше,

до 41—42° и въ видѣ febris continua съ ничтожными колебаніями держится до 5—9 дней, когда въ нѣсколько часовъ кончается кризисомъ, съ паденіемъ температуры ниже нормы, б. ч. при обильномъ потѣ. За это время мѣстныя явленія со стороны легкихъ выясняются вполнѣ: соотвѣтственно той или другой долѣ легкаго появляется значительное притупленіе, громкое бронхіальное дыханіе, бронхофонія и усиленіе голосовыхъ сотрясеній. Вмѣстѣ съ паденіемъ температуры начинается періодъ разрѣшенія воспаленія: на мѣстѣ сухого бронхіальнаго дыханія появляется крепитація, тупой звукъ и другія явленія уплотнѣнія легкаго постепенно исчезаютъ, и черезъ нѣсколько дней все приходитъ къ нормѣ.

На основаніи приведенныхъ симптомовъ, діагностика въ разгарѣ болѣзни легка. Если тупой звукъ соотвѣтствуетъ нижней долѣ легкаго, то вопросъ можетъ итти только еще о плевритическомъ экссудатѣ. Умѣренной величины экссудатъ, хотя и даетъ тупой звукъ при постукиваніи, но такъ какъ легкое сдавлено не вполнѣ и между ухомъ наблюдателя и бронхами помѣщается воздухъ содержащая легочная ткань, то, при выслушиваніи, бронхіальнаго дыханія не слышно, а только ослабленное везикулярное; нѣтъ также и бронхофоніи, а голосовыя сотрясенія обязательно бываютъ ослаблены.

Но тѣмъ не менѣе встрѣчаются случаи, когда діагностика пнеймоніи отъ плеврита не такъ проста, какъ кажется; она тѣмъ затруднительнѣе, чѣмъ меньше количество экссудата и чѣмъ моложе ребенокъ. Бо̀льшая трудность распознаванія плеврита отъ пнеймоніи у дѣтей сравнительно со взрослыми обусловливается слѣдующими условіями: 1) нѣтъ *мокроты* (у взрослыхъ кровавая, липкая, тягучая мокрота патогномонична для пнеймоніи); 2) трудно изслѣдовать *голосовыя сотрясенія.* Вообще говоря, этотъ симптомъ принадлежитъ къ числу самыхъ надежнѣйшихъ для отличія пнеймоніи отъ плеврита; при первой они усилены, при второмъ — ослаблены, что особенно хорошо замѣтно у взрослыхъ при низкихъ нотахъ, у дѣтей же голосъ высокъ и уже поэтому fremitus pectoralis ощущается слабѣе, а при острой пнеймоніи, какъ и при плевритѣ, условія еще неблагопріятнѣе, такъ какъ по случаю боли дѣти избѣгаютъ и громкаго разговора и тѣмъ болѣе крика, они только охаютъ или слегка стонутъ, а это недостаточно для изслѣдованія голосовыхъ сотрясеній. Мало того, если воспаленіе легкаго протекаетъ съ бронхитомъ и приводящій бронхъ закупоренъ, то голосовыя сотрясенія могутъ быть ослаблены, несмотря на уплотнѣніе легкаго, а вмѣстѣ съ тѣмъ ослабляется и бронхіальное дыханіе

и бронхофонія. — То же самое бываетъ при такъ называемыхъ массивныхъ пнеймоніяхъ (Grancher), характеризующихся обильнымъ образованіемъ экссудата съ закупоркой бронховъ фибринозными свертками. 3) Бронхіальное дыханіе при пнеймоніи можетъ быть негромкимъ или вовсе неслышнымъ даже и безъ закупорки бронховъ, просто вслѣдствіе того, что ребенокъ слабо дышитъ, а съ другой стороны, нерѣдко оно появляется и при плевритѣ, вмѣстѣ съ бронхофоніей (но безъ усиленія голосовыхъ сотрясеній!), и именно въ случаяхъ болѣе значительнаго экссудата, который легочную ткань сдавливаетъ вполнѣ, но бронхи оставляетъ проходимыми для воздуха.

Дифференціальная діагностика сомнительныхъ случаевъ пнеймоніи отъ плеврита основывается а) на характерѣ лихорадки, б) на формѣ тупого звука и в) на теченіи.

а) Немного найдется болѣзней, которыя протекали бы при такихъ высокихъ температурахъ, какъ крупозная пнеймонія, при которой 41° подъ мышкой явленіе обычное, даже и 42° не представляютъ ничего особеннаго: ни рѣдкаго, ни опаснаго, а температура ниже 40° во всю первую недѣлю болѣзни почти исключаетъ крупозное воспаленіе легкихъ. Совсѣмъ не то при плевритѣ: начало болѣзни обозначается не такъ рѣзко, потому что первоначальный подъемъ температуры совершается не такъ быстро; въ теченіе первой недѣли она рѣдко стоитъ выше 40°, да и то не постоянно, такъ какъ къ утру замѣчается обыкновенно существенное пониженіе (на 0,5—1,0°); критическаго окончанія не бываетъ никогда, а напротивъ того, на 2—3-й недѣлѣ по утрамъ температура начинаетъ дѣлать болѣе значительныя пониженія, можетъ быть даже полныя интермиссіи и такимъ образомъ кончается лизисомъ въ легкихъ случаяхъ недѣли въ 3, въ тяжелыхъ гораздо дольше. Итакъ, если больной кашляетъ, жалуется на боль въ боку, постукиваніе даетъ тупой звукъ сзади отъ $^1/_2$ лопатки донизу, дыханіе въ этомъ мѣстѣ неопредѣленное или слабое бронхіальное, fremitus изслѣдовать нельзя, то во многихъ случаяхъ вопросъ рѣшается ходомъ температуры: если у больного въ теченіе нѣсколькихъ дней стояла постоянная лихорадка съ температурой до 41°, то у него, по всей вѣроятности, пнеймонія, если же t° ни разу не подымалась даже и до 40°, то плевритъ.

Если температура на первой недѣлѣ болѣзни стояла около 41°, и оказался все-таки плевритъ, то можно опасаться, что онъ поведетъ къ образованію гнойнаго экссудата. Въ другихъ случаяхъ подобныя температуры сопровождаютъ экссудативные плевриты,

осложняющіе пнеймонію. Узнать такое осложненіе можно въ томъ случаѣ, если притупленный звукъ, характеризующій пнеймонію, дѣлается абсолютно тупымъ, голосовыя сотрясенія пропадаютъ, резистенція значительно увеличивается и межреберные промежутки выпячиваются. Что касается до бронхіальнаго дыханія и бронхофоніи, то оба эти симптома нерѣдко значительно усиливаются. Такъ какъ уплотнѣлое легкое не можетъ быть сдавлено и не уступаетъ мѣста экссудату, то тѣмъ скорѣе наступаютъ признаки смѣщенія сосѣднихъ органовъ.

б) Тупой звукъ при крупозной пнеймоніи по формѣ своей соотвѣтствуетъ пораженной долѣ, т.-е. въ случаѣ, насъ занимающемъ, нижней долѣ легкаго, но только очень рѣдко случается, чтобъ инфильтратъ занималъ всю долю: обыкновенно передніе края остаются свободными, и тупой звукъ круто кончается по l. axillaris poster. или нѣсколько дальше кпереди, но не заходитъ на переднюю поверхность грудной клѣтки, такъ что на первой сторонѣ, напр. между соскомъ и верхней границей печени, звукъ остается яснымъ; характерно также и то, что тупой звукъ при пнеймоніи появляется почти сразу на всемъ пространствѣ. При плевритѣ тупой звукъ прежде всего появляется въ самой нижней части грудной клѣтки сзади и потомъ медленно, въ теченіе нѣсколькихъ дней, подымается кверху и когда онъ дойдетъ до половины лопатки то заходитъ и на переднюю поверхность груди, гдѣ верхняя граница его всегда стоитъ ниже, чѣмъ на спинѣ. Такая форма тупого звука очень характерна для плевритическаго экссудата и служитъ надежнымъ критеріемъ для отличія его не только отъ пнеймоніи, но и отъ hydrothorax'а, при которомъ, вслѣдствіе свободнаго передвиженія жидкости въ полости плевры, верхняя граница тупого звука, при сидячемъ положеніи больного, стоитъ горизонтально, т.-е. на одинаковомъ уровнѣ, какъ на спинѣ, такъ и на груди.

Наконецъ, достойно вниманія и то, что при значительномъ лѣвостороннемъ экссудатѣ уменьшается или совсѣмъ исчезаетъ такъ называемое Traube'вское полулунное пространство.

При большихъ плевритическихъ экссудатахъ смѣшать плевритъ съ воспаленіемъ легкаго не легко, такъ какъ у дѣтей раньше чѣмъ у взрослыхъ, замѣчается расширеніе больной половины грудной клѣтки, замѣтное глазомъ и легко констатируемое измѣреніемъ; (разница у маленькихъ дѣтей $1^1/_2$—2 сант., у старшихъ 3—4 сант.), уменьшеніе подвижности ея при дыханіи и смѣщеніе сердца или печени. Начинающіе должны имѣть въ виду, что даже и при очень

обильныхъ экссудатахъ, выполняющихъ всю половину груди до ключицы, бронхіальное дыханіе все-таки можетъ быть слышно и дѣйствительно слышится нерѣдко; если есть бронхіальное дыханіе, то есть и бронхофонія, но голосовыя сотрясенія во всякомъ случаѣ будутъ ослаблены.

Если тупой звукъ занимаетъ всю половину грудной клѣтки отъ ключицы донизу и отъ позвоночника до грудины, то это почти навѣрное плевритъ, такъ какъ при т. н. pneumonia totalis передніе края остаются обыкновенно свободными, и слѣдовательно вдоль sternum звукъ будетъ ясный и съ тимпаническимъ оттѣнкомъ. Наоборотъ, если тупой звукъ соотвѣтствуетъ одной верхней долѣ, то это прямо говоритъ за пнеймонію и исключаетъ плевритъ.

в) Теченіе pneumoniae очень острое, лихорадочный періодъ кончается въ 5—7, много въ 11 дней; немного дней спустя, исчезаютъ и физикальныя явленія уплотнѣнія; напротивъ того, плевритъ отличается вялымъ теченіемъ, лихорадка рѣдко прекращается раньше 3-хъ недѣль, а тупой звукъ держится еще дольше.

г) Если на основаніи приведенныхъ признаковъ діагностика все-таки остается не ясной, то для окончательнаго рѣшенія прибѣгаютъ къ пробному проколу въ области тупого звука.

Аномальныя формы крупознаго воспаленія легкаго.

Абортивная пнеймонія отличается отъ типической только болѣе короткимъ теченіемъ: лихорадочный періодъ тянется дня три или даже одинъ день, а сообразно этому и мѣстные симптомы исчезаютъ скоро. Въ случаѣ начальной рвоты болѣзнь можетъ быть принята за приступъ гастрической лихорадки, но подобной ошибки легко избѣгнуть, если обратить вниманіе на частое дыханіе, кашель и результаты физикальнаго изслѣдованія груди.

Несравненно больше затрудненій для діагностики представляютъ случаи **центральной пнеймоніи — pneum. centralis** — характеризующіеся позднимъ появленіемъ физикальныхъ симптомовъ уплотнѣнія легкихъ. Болѣзнь начинается какъ обыкновенная крупозная пнеймонія, т.-е. съ сильнаго жара, кашля и учащеннаго дыханія, но проходитъ 3—5 дней, пока выяснится истинная натура и мѣсто болѣзни. Предполагается, что воспалительный фокусъ появляется первоначально въ центрѣ какой-нибудь доли легкаго и потому остается скрытымъ до тѣхъ поръ, пока уплотнѣніе, увеличиваясь мало-по-

малу во всѣ стороны, не достигнетъ до поверхности легкаго. Замѣчательно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ центральныя пнеймоніи локализируются въ верхнихъ доляхъ и что большинство верхушечныхъ пнеймоній относятся къ числу скрытыхъ.

Симптомы, на основаніи которыхъ можно съ увѣренностью предполагать скрытую пнеймонію, состоятъ въ слѣдующемъ: во 1-хъ *одышка,* характеризующаяся частымъ дыханіемъ (отношеніе къ пульсу какъ 1:2) съ раздуваніемъ ноздрей и съ удареніемъ на выдыханіи, нерѣдко сопровождающемся оханьемъ; во 2-хъ, *короткій, сухой,* болѣзненный *кашель*; въ 3-хъ, *очень сильная,* постояннаго типа *лихорадка,* въ 4-хъ, боль въ одной сторонѣ груди, или у дѣтей до 5 лѣтъ боль живота. Если дѣти сами не жалуются на боль (напр. грудныя), то можно узнать ее посредствомъ постукиванія: ребенокъ начинаетъ плакать всякій разъ какъ только производится перкуссія въ извѣстномъ мѣстѣ, напр. подъ той или другой ключицей. При помощи этого признака нерѣдко удается опредѣлить мѣсто воспаленія сутокъ за двое до появленія притупленія или бронхіальнаго дыханія.

Еще больше діагностическихъ затрудненій встрѣчается при такъ называемыхъ **мозговыхъ пнеймоніяхъ** — pneum. cerebralis, при которыхъ, какъ точно нарочно, собрано все, чтобы ввести врача въ заблужденіе: во 1-хъ, съ самаго начала болѣзни, вмѣстѣ съ наступленіемъ жара, появляются мозговые симптомы, симулирующіе менингитъ (отсюда и названіе); во 2-хъ, дѣло идетъ обыкновенно о верхушечныхъ пнеймоніяхъ, протекающихъ скрытно; въ 3-хъ, повторныя судороги и спячка маскируютъ проявленіе одышки и кашля.

Barthez и Rilliet различаютъ двѣ формы церебральной пнеймоніи — конвульсивную и менингеальную.

Конвульсивная форма мозговой пнеймоніи встрѣчается почти только у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ и главнымъ образомъ у грудныхъ. Подобно всякой другой пнеймоніи, она начинается внезапно, сильнымъ жаромъ, нерѣдко рвотой, а вслѣдъ за тѣмъ появляются эклямпсическія судороги съ послѣдовательнымъ сопорознымъ состояніемъ; если эклямпсія не повторяется больше, то спячка скоро проходитъ и случай течетъ дальше, какъ обыкновенное воспаленіе легкаго и, пожалуй, не заслуживаетъ названія церебральной пнеймоніи; но, къ сожалѣнію, большею частью бываетъ такъ, что общія или мѣстныя судороги повторяются нѣсколько дней подъ рядъ, такъ что ребенокъ не выходитъ изъ состоянія сопора или близкаго къ тому, и подъ вліяніемъ пассивной гипереміи мозга (отъ

затрудненнаго кровообращенія подъ вліяніемъ судорогъ, лихорадки и пораженія легкаго) появляются и другіе мозговые симптомы въ видѣ сведеннаго затылка, расширенныхъ и вяло реагирующихъ зрачковъ, неправильнаго дыханія и даже временнаго косоглазія и пареза лицевыхъ мышцъ.

Для діагностики такихъ случаевъ важное значеніе имѣетъ характеръ лихорадки, именно *постоянство очень высокихъ температуръ;* если мы имѣемъ, напр., утромъ и вечеромъ t° около 40°, то это обстоятельство сильно говоритъ противъ менингита, который протекаетъ при болѣе низкихъ температурахъ. Далѣе извѣстно, что бурное начало (съ *сильнаго жара* и судорогъ) свойственно только острому гнойному менингиту, который ни съ того ни съ сего не появляется, а для этого требуется какая-нибудь причина, напр., гнойная течь изъ уха, ушибъ головы, инсоляція; слѣдовательно, *отсутствіе всякой замѣтной причины для остраго менингита* служитъ вторымъ критеріемъ для исключенія его; наконецъ, важна также и продолжительность болѣзни. Если при менингитѣ дѣло дошло до повторныхъ судорогъ, то это уже начало конца; больной впадаетъ въ глубокій сопоръ, изъ котораго не выходитъ до смерти, не заставляющей себя долго ждать: острый менингитъ, характеризующійся раннимъ наступленіемъ судорогъ, кончается смертью въ 3—5 дней.

При пнеймоніи, напротивъ, глубокихъ измѣненій въ мозгу нѣтъ, и потому, если только судороги дѣлаютъ антрактъ хоть въ нѣсколько часовъ, сознаніе больного начинаетъ проясняться, и онъ лучше реагируетъ на раздраженіе (см. также семіотику судорогъ). Замѣчательно, что съ выясненіемъ пнеймоніи мозговые симптомы обыкновенно ослабѣваютъ. Barthez и Sanné (Tr. cl. et prat. des mal. des enf. 1884. T. I, p. 744) не придаютъ діагностическаго значенія учащенному дыханію, которое встрѣчается и въ нѣкоторыхъ случаяхъ остраго менингита у очень маленькихъ дѣтей; гораздо важнѣе для правильной оцѣнки случая частый кашель и экспираторный характеръ дыханія (выдыханіе кончается оханьемъ), каковые симптомы говорятъ рѣшительно за пнеймонію и противъ менингита. Съ другой стороны, развитіе параличей и сведеній послѣ судорогъ указываетъ, по ихъ мнѣнію, на воспаленіе мозговыхъ оболочекъ.

Если мозговые симптомы появляются не съ самаго начала пнеймоніи, а присоединяются къ ней въ дальнѣйшемъ теченіи и если въ періодѣ выясненія уплотнѣнія мозговые припадки не только не

ослабѣваютъ, а даже усиливаются, то можно думать объ осложненіи пнеймоніи менингитомъ, что встрѣчается иногда и у дѣтей хотя крайне рѣдко.

При **менингеальной формѣ**, свойственной дѣтямъ болѣе взрослымъ ($2\frac{1}{2}$—6 лѣтъ), судорогъ не бываетъ, а послѣ начальной рвоты и жара наступаютъ явленія, болѣе напоминающія тифъ, нежели менингитъ: больной сонливъ или апатиченъ, языкъ его сухъ, покрытъ бурыми корками, моча и калъ часто испражняются непроизвольно, по ночамъ, а иногда и днемъ, бываетъ бредъ. Иногда присоединяются и симптомы менингита въ видѣ общей гиперестезіи, сведеннаго затылка, запора при нѣсколько ввалившемся животѣ, но не бываетъ ни замедленнаго пульса, ни глубокихъ вздоховъ, ни характерной для менингита смѣны окраски лица (внезапная краснота щекъ, смѣняющаяся блѣдностью)*). Отсутствіе вышеприведенныхъ симптомовъ, а также сильный жаръ и быстрое начало, совершенно исключаютъ туберкулезный менингитъ; что касается до тифа, то ему тоже не свойственно столь раннее появленіе сонливости и другихъ такъ называемыхъ тифозныхъ симптомовъ, а также болѣзненнаго кашля и одышки съ раздуваніемъ ноздрей.

Важное значеніе для дифференціальной діагностики подобныхъ пнеймоній отъ тифа имѣетъ начальный знобъ у дѣтей старшаго возраста или приступъ судорогъ у маленькихъ. И то и другое почти навѣрное исключаютъ тифъ. Понятно, что продолжительное сомнѣніе можетъ имѣть мѣсто лишь при центральныхъ пнеймоніяхъ.

Бродячая пнеймонія — pn. migrans, характеризуются тѣмъ, что воспаленіе не остается на мѣстѣ своего первоначальнаго появленія, а распространяется, подобно рожѣ, все дальше и дальше и такимъ образомъ обходитъ иногда цѣлое легкое, вслѣдствіе чего процессъ можетъ значительно затянуться.

---

*) Въ этомъ отношеніи совершенно исключительнымъ можно считать случай Bergeron'а, приведенный у Cadet'а (Tr. clin. d. mal. des enf. T. I. 1880. p. 100). У ребенка $2\frac{1}{2}$ лѣтъ болѣзнь началась рвотой, продолжавшейся трое сутокъ, жаромъ и сонливостью; на 3-й день судороги, на 4-й сведеніе затылка, безсознательное состояніе, жевательныя движенія нижней челюсти, гиперестезія кожи, ввалившійся животъ, пятна Trousseaux, быстрая смѣна окраски лица, и, что особенно замѣчательно, температура была не выше 39, пульсъ замедленъ (92), такъ же какъ и дыханіе (28). На 5-й день сознаніе яснѣе, появляется кашель и выясняется пнеймоническій фокусъ въ нижней долѣ лѣваго легкаго. На 6-й день всѣ мозговые симптомы исчезли, и ребенокъ скоро выздоровѣлъ. До 5-го дня діагностика пнеймоніи не могла быть сдѣлана главнымъ образомъ потому, что температура, пульсъ и дыханіе были совсѣмъ необычными для мозговой пнеймоніи, а физикальнаго изслѣдованія не было произведено!

При физикальномъ изслѣдованіи груди не трудно замѣтить, что въ прежде пораженныхъ мѣстахъ воспаленіе разрѣшается, а на сосѣднихъ вспыхиваетъ снова. Лихорадка можетъ дѣлать при этомъ значительные скачки и кверху и книзу, обозначая этимъ начало образованія новаго фокуса и окончаніе его (саккадированныя пнеймоніи).

Впрочемъ, повышенія температуры нерѣдко бываютъ такъ кратковременны, что не могутъ соотвѣтствовать образованію фокуса. По мнѣнію Cadet de Gassicourt, въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ только объ отдѣльныхъ, непродолжительныхъ легочныхъ приливахъ, выражающихся то скоропроходящимъ притупленіемъ и крепитаціей, а то такъ и никакими объективными признаками. По наблюденіямъ Barthez'a и Sanné (Tr. clin. et part. de mal. des enf. T. I, p. 732), такія приливы никогда не затягиваютъ болѣзни дальше, какъ до 12-го дня, но это не справедливо, какъ видно напр. изъ кривыхъ на стр. 223.

Такъ какъ подобныя пнеймоніи чаще встрѣчаются при гриппѣ, то кривыя температуръ мы приведемъ, когда будемъ говорить о гриппозныхъ воспаленіяхъ легкаго.

Катарральное воспаленіе легкихъ. — Pneumonia catarrhalis.

Главнѣйшія отличія катарральной пнеймоніи отъ крупозной основываются на томъ, что первая всегда предшествуется и сопровождается явленіями катарра мелкихъ бронховъ; катарръ этотъ, распространяясь до легочныхъ пузырьковъ, вызываетъ образованіе небольшихъ воспалительныхъ фокусовъ, соотвѣтствующихъ развѣтвленіямъ бронхіальныхъ вѣточекъ, откуда и названіе — бронхопнеймонія или лобулярное воспаленіе легкаго въ отличіе отъ лобарной формы, свойственной крупозной пнеймоніи. Въ дальнѣйшемъ теченіи отдѣльные мелкіе островки уплотнѣнія могутъ сливаться между собой, образуя болѣе обширныя гепатизаціи — ложно-лобарная или генерализованная лобулярная пнеймонія. Клинически такой ходъ процесса выражается вначалѣ явленіями лихорадочнаго капиллярнаго бронхита, т.-е. одышкой и присутствіемъ болѣе или менѣе обильныхъ мелкопузырчатыхъ хриповъ, преимущественно въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкихъ. По мѣрѣ перехода воспаленія на легочные пузырьки, по мѣрѣ развитія уплотнѣнія легкаго, хрипы дѣлаются все громче и громче — консонирующіе хрипы и,

наконецъ, дѣло можетъ дойти по появленія замѣтнаго притупленія, бронхіальнаго дыханія и бронхофоніи. Капиллярный бронхитъ обыкновенно бываетъ болѣе выраженъ въ заднихъ и нижнихъ частяхъ обоихъ легкихъ, тогда какъ въ переднихъ краяхъ развивается при этомъ эмфизема; совершенно то же должно имѣть мѣсто и при катарральной пнеймоніи; дѣйствительно для нея характерно именно то, что явленія уплотнѣнія прежде всего замѣчаются на спинѣ, съ обѣихъ сторонъ позвоночника. Консонирующіе хрипы при разсѣянной бронхо-пнеймоніи могутъ присутствовать въ этихъ мѣстахъ въ теченіе долгаго времени безъ ясно-выраженнаго притупленія: перкуторный звукъ остается яснымъ или онъ получаетъ тимпаническій оттѣнокъ въ зависимости отъ того, что между уплотнѣлыми фокусами остается еще достаточное количество нормальной легочной ткани, которая и препятствуетъ появленію тупого звука, а потому и выходитъ, что распознаваніе катарральной пнеймоніи въ началѣ ея развитія гораздо доступнѣе выслушиванію, нежели постукиванію. При крупозномъ воспаленіи легкихъ, напротивъ, воспаленіе сразу занимаетъ паренхиму легкихъ, безъ предварительнаго пораженія капиллярныхъ бронховъ, т.-е. развитію пнеймоніи не предшествуетъ лихорадочный бронхитъ. Фокусъ уплотнѣнія съ первыхъ же дней занимаетъ цѣлую долю легкаго или, по крайней мѣрѣ, бо́льшую часть ея, вслѣдствіе чего очень скоро появляется тупой звукъ на пространствѣ пораженной доли, а при выслушиваніи — бронхіальное дыханіе и бронхофонія; что касается до консонирующихъ хриповъ, то они являются лишь въ періодѣ разрѣшенія воспаленія и только на ограниченномъ мѣстѣ, т.-е. не выходя за границы воспаленной доли.

Дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что катар. пнеймонія въ большинствѣ случаевъ бываетъ двусторонней; любимымъ мѣстомъ локализаціи ея служатъ заднія нижнія части легкихъ; крупозная же пнеймонія чаще занимаетъ только одно легкое и притомъ не оказывая особаго предпочтенія нижнимъ долямъ, такъ какъ приблизительно одинаково часто она локализируется и въ верхнихъ доляхъ.

Ходъ температуры: при крупозномъ воспаленіи легкихъ лихорадка уже на первый вечеръ достигаетъ значительной высоты, держится на одномъ уровнѣ съ незначительными колебаніями нѣсколько дней и кончается рѣзкимъ кризисомъ; при катарральной пнеймоніи температура вообще не достигаетъ такой высоты и только временами дѣлаетъ скачки выше 40°, но остается на подобныхъ градусахъ недолго (отъ нѣсколькихъ часовъ до 2—3 сутокъ) и потомъ

снова падаетъ, словомъ, температурная кривая при катар. пнеймоніи отличается непостоянствомъ и сильными колебаніями въ теченіе сутокъ и кончается лизисомъ въ теченіе 3—7 дней и дальше.

По теченію крупозная пнеймонія болѣзнь очень острая: она внезапно начинается, стоитъ на извѣстной высотѣ нѣсколько дней и черезъ 5—11 дней кончается такъ же быстро, какъ и началась. Катарральная пнеймонія развивается постепенно, тянется отъ двухъ до нѣсколькихъ недѣль и кончается медленно.

Кашель при катарральной пнеймоніи отличается большей силой, больной, какъ говорится, тяжело кашляетъ; одышка сильнѣе, легче появляется ціанозъ и одутловатость лица и ступней.

Существенную разницу мы имѣемъ и въ этіологіи: крупозная пнеймонія всего чаще поражаетъ дѣтей вполнѣ здоровыхъ, она является, слѣдовательно, въ видѣ первичнаго, вполнѣ самостоятельнаго страданія, тогда какъ катарральная пнеймонія всегда бываетъ вторичной болѣзнью, развиваясь изъ бронхита, и потому наблюдается только у дѣтей, хворающихъ какой-нибудь болѣзнью, сопровождающейся пораженіемъ бронховъ; всего чаще она встрѣчается именно при кори, коклюшѣ, крупѣ, особенно у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 4-хъ, и у рахитиковъ.

Если катарральная пнеймонія затягивается на нѣсколько недѣль, то она можетъ сопровождаться образованіемъ бронхо-эктазовъ, и тогда при изслѣдованіи легкихъ получаются признаки каверны въ видѣ крупнопузырчатыхъ консонирующихъ хриповъ, металлическаго оттѣнка перкуторнаго звука, кавернознаго дыханія, такъ что является вопросъ, съ какого рода полостями въ легкихъ мы имѣемъ дѣло: съ кавернами ли туберкулезнаго (казеознаго) происхожденія, или съ бронхо-эктазами.

Вопросъ этотъ сводится вообще къ отличію затянувшейся катарральной пнеймоній отъ пнеймоніи туберкулезной. Однихъ физикальныхъ симптомовъ для рѣшенія этого вопроса не достаточно, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ они будутъ одинаковы; кромѣ того, обѣ болѣзни всего чаще развиваются послѣ кори и коклюша, обѣ сопровождаются неправильной лихорадкой и истощеніемъ и обѣ тянутся недѣлями и даже мѣсяцами.

Для туберкулезнаго воспаленія легкихъ у взрослыхъ считается характернымъ мѣсто пораженія, именно — верхнія доли легкихъ, но у дѣтей туберкулезъ не оказываетъ особаго предпочтенія верхушкамъ. Изслѣдованіе мокроты на бациллы и упругія волокна большею частью невозможно, такъ какъ дѣти до 6 лѣтъ, у кото-

рыхъ всего чаще встрѣчается катарральная пнеймонія, мокроты не отхаркиваютъ. Точно такъ же не даетъ достаточныхъ данныхъ для діагностики и кривая температуры, такъ какъ при туберкулезѣ она отличается такимъ же неправильнымъ теченіемъ, какъ и при затянувшейся катарральной пнеймоніи. Словомъ, дифференціальная діагностика этихъ двухъ прецессовъ очень трудна, а между тѣмъ отъ нея зависитъ предсказаніе, такъ какъ туберкулезъ легкихъ всегда кончается смертью, а катарральная пнеймонія нерѣдко принимаетъ исходъ въ выздоровленіе, даже и въ тѣхъ случаяхъ когда затягивается на цѣлые мѣсяцы и сопровождается значительнымъ истощеніемъ и физикальными признаками кавернъ (resp. бронхоэктазовъ).

Почти съ полной увѣренностью можно предполагать туберкулезную пнеймонію въ томъ случаѣ, если больной представляетъ другіе симптомы туберкулеза, напр. въ видѣ пораженія костей, сочлененій или железъ, или, если хроническій воспалительный процессъ занимаетъ легочныя верхушки, больной находится въ возрастѣ старше 6 лѣтъ и легочное страданіе съ самаго начала отличалось хроническимъ теченіемъ. У дѣтей старшаго возраста туберкулезная чахотка отличается отъ той же болѣзни взрослыхъ развѣ только болѣе скорымъ наступленіемъ летальнаго исхода.

Наоборотъ, если болѣзнь началась въ видѣ острой катарральной пнеймоніи (напр. послѣ кори) у ребенка, бывшаго до тѣхъ поръ здоровымъ и находящагося въ возрастѣ до 6-ти лѣтъ и въ особенности до 3-хъ лѣтъ, если процессъ занимаетъ заднія, нижнія части легкихъ, то можно предполагать нетуберкулезную катарральную пнеймонію и разсчитывать на благополучное окончаніе. Само собою разумѣется, что полной увѣренности насчетъ отсутствія туберкулеза при затянувшейся пнеймоніи быть не можетъ и именно по той причинѣ, что при извѣстномъ предрасположеніи къ нему, столь часто встрѣчающемся у рахитиковъ и золотушныхъ, туберкулезъ можетъ присоединиться впослѣдствіи въ видѣ осложненія.

Большое сходство съ катарральной пнеймоній представляютъ случаи **гипостатическаго воспаленія легкихъ.** Сходство состоитъ въ томъ, что гипостазъ бываетъ обыкновенно двустороннимъ и занимаетъ заднія, нижнія части легкихъ; вначалѣ замѣчается здѣсь ослабленное дыханіе и мелкопузырчатые хрипы, а потомъ симптомы настоящей пнеймоніи — тупой звукъ, бронхіальное дыханіе и бронхофонія. Отличіе основывается не столько на симптомахъ, сколько на этіологіи: гипостатическая пнеймонія для своего развитія тре-

буетъ двухъ условій: ослабленной дѣятельности сердца и продолжительнаго лежанія на спинѣ, а потому всего чаще развивается она въ тяжелыхъ случаяхъ лихорадочныхъ болѣзней.

Крепитирующіе хрипы въ заднихъ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки нерѣдко появляются *при глубокомъ вздохѣ* у дѣтей, у которыхъ сердце работаетъ хорошо и состояніе силъ удовлетворительно, но которымъ почему-нибудь пришлось долго лежать въ постели. Эта крепитація отличается отъ крепитаціи воспалительнаго происхожденія тѣмъ, что она *исчезаетъ послѣ* двухъ — трехъ *глубокихъ вздоховъ* и зависитъ не отъ присутствія жидкости въ альвеолахъ, а отъ слипанія и разлипанія ихъ стѣнокъ. Въ одномъ случаѣ у дѣвочки 8-ми лѣтъ я наблюдалъ это явленіе на 10-й день весьма легкой скарлатины; у больной не было ни лихорадки, ни одышки, ни кашля, такъ что сомнѣнія насчетъ натуры крепитаціи быть не могло. Случай этотъ показываетъ, какъ легко появляется у дѣтей подобнаго рода крепитація. Ее можно наблюдать также послѣ всасыванія обильнаго плевритическаго экссудата и притомъ въ теченіе долгаго времени (недѣлями) послѣ того, какъ ребенокъ совсѣмъ ужъ поправился и ходитъ, но сдавленное легкое остается въ состояніи ателектаза.

У тяжело больныхъ мелко- и крупнопузырчатые, громкіе хрипы могутъ служить выраженіемъ **отека легкихъ**, т.-е. выпотѣнія серозной жидкости въ легочные пузырьки. Состояніе это характеризуется, главнымъ образомъ, распространенностью хриповъ при ясномъ перкуторномъ звукѣ и быстро наступающей одышкой, а также тѣмъ, что эти симптомы появляются или при существующей уже общей водянкѣ (болѣзни почекъ, пороки сердца), или какъ предсмертный симптомъ при разныхъ острыхъ болѣзняхъ въ періодѣ упадка дѣятельности сердца. Отъ капиллярнаго бронхита отекъ легкаго отличается быстрымъ появленіемъ и распространенностью хриповъ и, главнымъ образомъ, мокротой, если только больной выплевываетъ ее: при отекѣ легкихъ она очень обильна, жидка, пѣниста.

Въ учебникахъ можно найти, между прочимъ, указанія на то, чѣмъ отличается отъ катарральной пнеймоніи капиллярный бронхитъ, осложненный спаденіемъ легочныхъ ячеекъ — **atelectasis pulmonum**. Тамъ говорится напр., что ателектазъ не вызываетъ лихорадки, что тупой звукъ и ослабленное дыханіе или явленія консонаціи быстро исчезаютъ послѣ того, какъ больной сдѣлаетъ нѣсколько глубокихъ вздоховъ и проч., но всѣ эти признаки чисто

теоретическаго свойства, такъ какъ при подобнаго рода ателектазѣ лихорадка бываетъ всегда, хотя она зависитъ не отъ него, а отъ сопровождающаго капиллярнаго бронхита; замѣтить исчезаніе тупого звука послѣ глубокихъ вздоховъ уже потому не удается, что ателектазы развиваются обыкновенно у маленькихъ дѣтей, которыхъ трудно заставить дѣлать глубокіе вздохи. Впрочемъ, діагностика ателектаза даже и не особенно нужна, потому что онъ очень скоро переходитъ въ пнеймонію. Достаточно сказать, что ателектазъ можно съ увѣренностью предполагать при всякомъ капиллярномъ бронхитѣ и при катарральной пнеймоніи у маленькихъ дѣтей.

Врожденный ателектазъ протекаетъ дѣйствительно безъ лихорадки и характеризуется тупымъ звукомъ и ослабленнымъ везикулярнымъ дыханіемъ въ извѣстныхъ мѣстахъ груди или крепитирующими хрипами вслѣдствіе разлипанія легочныхъ пузырьковъ. Что касается до острововиднаго ателектаза, то онъ узнается не по результатамъ физикальнаго изслѣдованія груди, а на основаніи анамнеза (родился ребенокъ въ состояніи асфиксіи), слабаго пискливаго голоса, частаго дыханія и ціаноза.

Воспаленіе легкаго при эндемическомъ гриппѣ имѣетъ различное теченіе въ зависимости отъ того, осложняетъ ли оно случай гриппа, протекающій съ постоянной лихорадкой, или случай затяжной, съ лихорадкой атипической.

Въ первомъ случаѣ пнеймонія по физикальнымъ своимъ признакамъ вполнѣ соотвѣтствуетъ крупозному воспаленію легкаго, съ каковымъ всегда и смѣшивается: тупой звукъ, бронхіальное дыханіе, бронхофонія и усиленный fremitus развиваются быстро и сразу занимаютъ цѣлую долю легкаго и притомъ безразлично верхнюю или нижнюю; черезъ нѣсколько дней болѣзнь кончается почти критически. Словомъ, все какъ при pn. crupоsa, но разница все-таки есть и состоитъ она въ слѣдующемъ: типическая крупозная пнеймонія поражаетъ дѣтей здоровыхъ, а гриппозная тѣхъ, которыя нѣсколько дней ужъ хворали гриппомъ, т.-е. она *всегда является нѣсколько дней спустя послѣ появленія насморка, кашля и жара*, всего чаще именно между 5 и 9 днемъ. Въ этомъ отношеніи она похожа на т. н. центральную пнеймонію, большинство случаевъ который, по моему мнѣнію, относится къ гриппу, особенно если дѣло идетъ о пнеймоніяхъ верхушекъ. Температура при крупозной пнеймоніи отличается постоянствомъ высокихъ градусовъ и очень быстрымъ окончаніемъ — на 5—11 день. При гриппозныхъ воспаленіяхъ температура хотя тоже можетъ быть постоянной, но въ большинствѣ

случаевъ она дѣлаетъ значительные скачки книзу и кверху и кончается не такъ быстро (приблизительно въ 36—72 часа).

Иногда ходъ температуры въ первые дни заболѣванія, еще до развитіи пнеймоніи, бываетъ до такой степени неправиленъ и тѣмъ самымъ типиченъ для гриппа, что о крупозномъ воспаленіи легкаго нечего и думать. Мы приводимъ здѣсь двѣ подобныя кривыя, относящіяся къ дѣвочкѣ 10 мѣсяцевъ и мальчику 7-ми лѣтъ.

Дѣвочка 10 мѣс. заболѣла 22 февр. 1886 года насморкомъ, кашлемъ и жаромъ. Съ 24 по 28-е ребенку было лучше, а съ 1-го марта снова появилась лихорадка и на этотъ разъ интермиттирующаго типа; съ 6-го температуру начали записывать (фиг. 1). Объективное изслѣдованіе легкихъ до 12-го дня болѣзни давало отрицательный результатъ, кашель былъ ничтожный, но *всякій разъ усиливался въ періодѣ повышенія температуры.* Дыханіе отъ 60—80. *Опухоли селезенки не было.* Хининъ отъ 2 до $4^1/_2$ гр. pro die не вліялъ на температуру. На 12-й день отмѣчено притупленіе подъ правой ключицей, бронхіальное дыханіе и бронхофонія. Выздоровленіе при индифферентномъ лѣченіи на 22-й день.

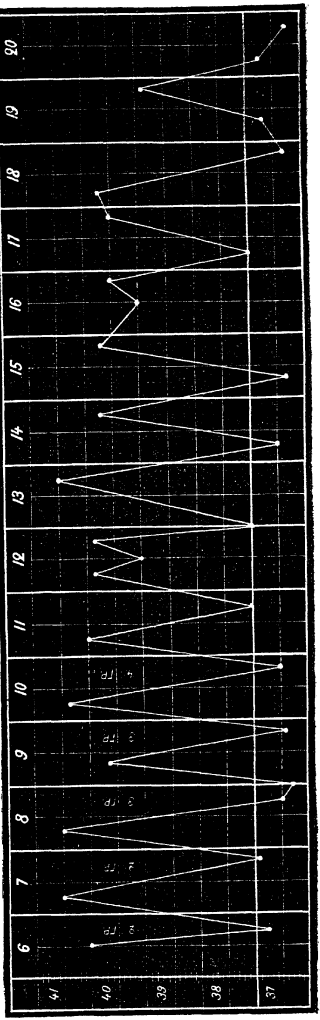


Рис. 1.

Кривая въ этомъ случаѣ очень напоминала интермиттентъ, тѣмъ болѣе, что повышенія приходились на утро, но особенности, отмѣченныя курсивомъ, а также безполезность хинина и начало болѣзни съ насморка достаточно говорили за гриппъ.

Во второмъ случаѣ, мальчикъ 7-ми лѣтъ заболѣлъ гриппомъ вмѣстѣ съ тремя своими сестрами. Воспаленіе правой верхушки выяснилось у него на 9-й день болѣзни, а окончательный кризисъ послѣдовалъ на 11-й день (фиг. 2).

Для діагностики подобныхъ случаевъ имѣетъ значеніе наличность въ данной семьѣ другихъ случаевъ гриппа и возрастъ больного: лобарныя пнеймоніи у грудныхъ и у дѣтей до двухъ лѣтъ въ большинствѣ случаевъ являются вслѣдствіе гриппа, между тѣмъ какъ у дѣтей старшаго возраста чаще встрѣчаются первичныя пнеймоніи.

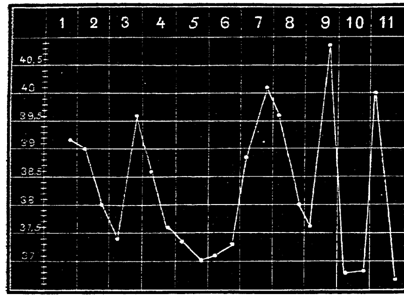


Рис. 2.

Пнеймоніи, осложняющія случаи гриппа *съ атипической лихорадкой*, отличаются отъ предыдущихъ крайне неправильнымъ и продолжительнымъ теченіемъ; вслѣдствіе повторнаго образованія новыхъ воспалительныхъ фокусовъ, развитіе послѣднихъ всякій разъ сопровождается ожесточеніемъ лихорадки, а разрѣшеніе ихъ — пониженіемъ температуры, отчего получается самый неправильный ходъ лихорадки. Если случаи воспаленія легкихъ при остромъ теченіи гриппа я сравнилъ съ центральной пнеймоніей, то при гриппѣ съ атипической лихорадкой воспаленіе легкаго соотвѣтствуетъ бродячей или саккадированной пнеймоніи.

Типическій образчикъ такого теченія болѣзни представляетъ слѣдующій случай: А. Д. 2-хъ лѣтъ поступилъ въ больницу по поводу 10-дневнаго кашля и лихорадочнаго состоянія Въ первые дни больничнаго пребыванія не удалось открыть ничего, кромѣ умѣреннаго бронхита; на 3-й день небольшое притупленіе въ области правой верхушки, надъ ключицей, и бронхіальное дыханіе. Съ каждымъ днемъ уплотнѣніе выяснялось все болѣе и болѣе и въ теченіе слѣдующихъ недѣль распространилось на все легкое (фиг. 3).

Итакъ, въ теченіе 30 дней было 11 рѣзкихъ и быстрыхъ повышеній температуры и столько же пониженій, изъ нихъ нѣкоторые именно на 16, 19, 24, 29 и 34 дни достигали до 36,5, т.-е. симулировали настоящій кризисъ, тѣмъ болѣе, что одновременно появлялись и другіе признаки кризиса, въ видѣ пота и мелкопузырчатыхъ консонирующихъ хриповъ на мѣстѣ уплотнѣнія.

Сюда же я отношу и случай интермиттирующей пнеймоніи, который я наблюдалъ совмѣстно съ д-ромъ Веревкинымъ, описавшимъ его въ XXV т. Мед. Обозр. стран. 1011. Случай относится къ дѣвочкѣ 5-ти лѣтъ. Пнеймонія появилась первоначально въ нижней долѣ лѣваго легкаго, но потомъ перешла и на праву сторону, перебрала всѣ доли и наконецъ заняла цѣликомъ все лѣвое легкое и закончилась образованіемъ абсцесса, съ вскрытіемъ котораго черезъ бронхи наступило полное выздоровленіе (фиг. 4).

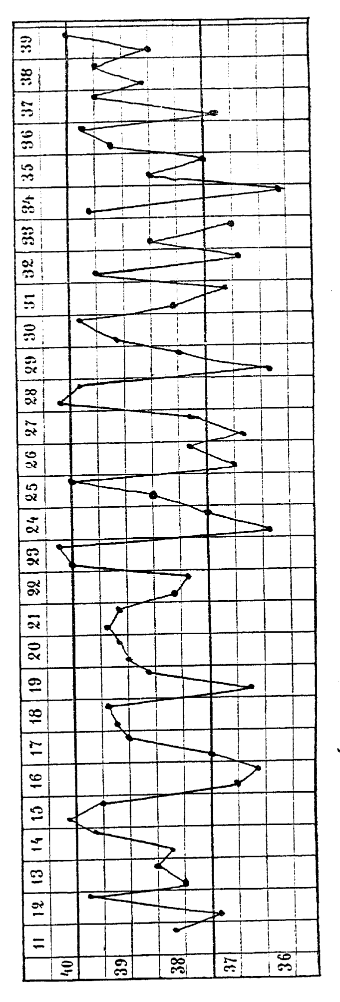


Рис. 3.

Отличить блуждающую крупозную пнеймонію (если только таковая дѣйствительно встрѣчается) отъ блуждающей гриппозной по объективнымъ признакамъ нельзя. Если болѣзнь началась прямо въ видѣ пнеймоніи съ зноба и жара у здороваго ребенка, то можно скорѣе предположить крупозную форму, если же воспаленіе легкаго появилось у больного гриппомъ, то гриппозную.

Если гриппъ протекаетъ съ пораженіемъ мелкихъ бронховъ, то онъ можетъ подать поводъ къ развитію типической катарральной пнеймоніи, т.-е. съ локализаціей сзади, по обѣимъ сторонамъ позвоночника, съ мелкопузырчатыми консонирующими хрипами, безъ замѣтнаго притупленія, но съ значительной одышкой, какъ при капиллярномъ бронхитѣ.

Затяжныя пнеймоніи при гриппѣ (катарральныя или блуждающія) могутъ быть приняты за туберку-

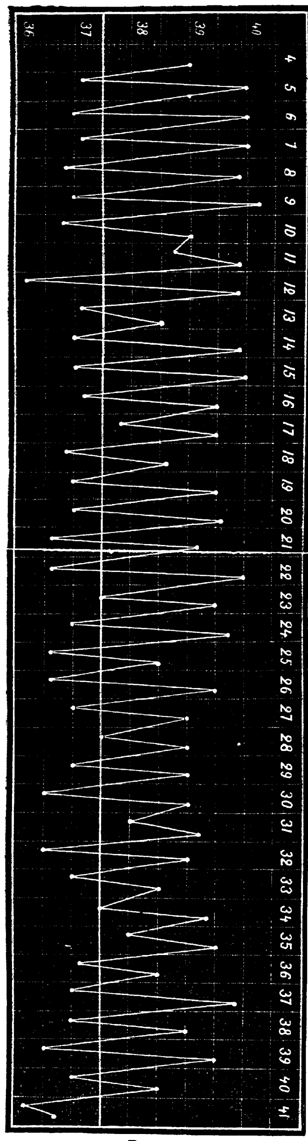


Рис. 4.

лезныя. Для правильной оцѣнки случая важно знать начало болѣзни (насморкъ) и отсутствіе наслѣдственнаго расположенія къ туберкулезу; далѣе въ пользу гриппа можетъ говорить существованіе эпидеміи, время года и отсутствіе бациллъ въ мокротѣ (если есть мокрота).

Воспаленіе плевры — pleuritis — можетъ быть сухимъ или экссудативнымъ. Для сухого плеврита мы имѣемъ патогномоничный признакъ въ шумѣ тренія плевры, который хотя и можетъ быть похожъ на нѣкоторые мелкопузырчатые хрипы, но отличается отъ нихъ тѣмъ, что усиливается при надавливаніи стетоскопа и что не измѣняется послѣ того, какъ больной откашляется. Слѣдуетъ однако замѣтить, что шумъ тренія плевры въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно у маленькихъ дѣтей, наблюдается далеко не такъ часто при плевритѣ, какъ у взрослыхъ.

Плевритическій экссудатъ — характеризуется появленіемъ на одной сторонѣ грудной клѣтки тупого звука, *прежде всего сзади, внизу, а потомъ распространяющагося кверху и по направленію кпереди,* но притомъ такъ, что верхняя граница его на спинѣ стоитъ нѣсколько выше, чѣмъ на груди.

Въ мѣстѣ тупого звука дыхательный шумъ, при неполномъ сдавленіи легкаго, остается везикулярнымъ, но ослабленнымъ; при болѣе значительномъ экссудатѣ, когда между бронхами и грудной стѣнкой помѣщается болѣе однородная, безвоздушная среда, появляется бронхіальное дыханіе,

но только не столь громкое, какъ при крупозной пнеймоніи, а если экссудатъ такъ обиленъ, что сдавливаются и бронхи, то дыхательный шумъ совсѣмъ исчезаетъ, по крайней мѣрѣ въ нижнихъ заднихъ частяхъ. Если есть бронхіальное дыханіе, то можетъ быть также и бронхофонія, но *голосовыя сотрясенія всегда ослаблены.* Ослабленіе дыхательнаго шума и голосовыхъ сотрясеній всего легче замѣтить, если сравнивать эти явленія на мѣстѣ тупого звука съ сосѣдними, выше-лежащими частями грудной клѣтки, дающими ясный звукъ.

Если экссудатъ выполняетъ всю половину грудной клѣтки, то появляются еще и другіе характерные симптомы: больной страдаетъ одышкой, усиливающейся при положеніи на спинѣ и еще больше при лежаніи на здоровомъ боку, а потому больной принимаетъ *вынужденное положеніе на больномъ боку.* Отъ давленія жидкости происходитъ, во 1-хъ, *выравниваніе межреберныхъ промежутковъ* на больной сторонѣ и, во 2-хъ, *оттѣсненіе сердца* въ сторону противоположную экссудату: при лѣвостороннемъ плевритѣ толчокъ сердца ощупывается съ правой стороны грудины, при правостороннемъ—на lin axillaris sin.; печень оттѣсняется книзу и нижній край ея прощупывается иногда на горизонтали пупка; оттѣсненіе діафрагмы на лѣвой сторонѣ выражается перемѣщеніемъ книзу селезенки и исчезаніемъ или уменьшеніемъ полулуннаго пространства Traube (въ нормальномъ состояніи тимпаническій звукъ желудка и кишокъ по l. axil. sin. доходитъ у дѣтей до 9-го или до нижняго края 8-го ребра).

Больная сторона грудной клѣтки расширяется при вдыханіи замѣтно меньше здоровой, а при измѣреніи окружность ея оказывается сантиметра на 2 или на 3 больше.

Въ началѣ своего развитія плевритъ протекаетъ съ лихорадкой, но въ противоположность крупозной пнеймоніи, рѣдко начинается сильнымъ жаромъ, рвотой и судорогами (нѣсколько такихъ случаевъ описано Henoch'омъ: стр. 389; 3 Aufl. 87). Обыкновенно же температура подымается умѣренно, градусовъ до 39 и протекаетъ съ болѣе значительными утренними послабленіями и кончается лизисомъ не ранѣе двухъ-трехъ недѣль, но при обильныхъ экссудатахъ, хотя бы и не гнойныхъ, затягивается недѣль на шесть.

Въ началѣ плеврита у дѣтей рѣдко удается констатировать шумъ тренія плевры, исчезающій при увеличеніи количества экссудата; гораздо чаще его можно слышать въ періодѣ всасыванія, когда отсутствіе боли не мѣшаетъ ребенку дѣлать болѣе глубокіе вздохи.

Кашель является при плевритѣ съ самаго начала и продолжается до конца. Вначалѣ онъ короткій, сухой и болѣзненный, позднѣе болѣе рыхлый. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кашля совсѣмъ не бываетъ.

Словомъ, симптомы плеврита у дѣтей тѣ же, что у взрослыхъ и чѣмъ обильнѣе экссудатъ, тѣмъ легче діагностика. Затрудненіе можетъ представиться только въ началѣ болѣзни, пока экссудатъ еще не великъ (доходитъ напр. до $^1/_2$ лопатки), тогда плевритъ легко можетъ быть смѣшанъ съ пнеймоніей. Объ отличіи этихъ двухъ болѣзней было говорено на стр. 209.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ плевритическій *экссудатъ развивается скрытно* и протекаетъ съ самаго начала не только безъ замѣтной лихорадки (обыкновенно она бываетъ, но только невелика, и потому просматривается), но и безъ кашля, и вся болѣзнь выражается неопредѣленными симптомами прогрессивно развивающагося истощенія: ребенокъ, по словамъ родителей, за послѣдній мѣсяцъ сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, онъ ничего не ѣстъ и не можетъ долго ходить, такъ какъ скоро устаетъ, и у него появляется одышка, но кашля нѣтъ или онъ ничтоженъ. Если, въ виду послѣдняго обстоятельства, врачъ исключитъ болѣзнь легкихъ и не найдетъ нужнымъ изслѣдовать грудь, то плевритъ останется неузнаннымъ надолго, хотя діагностика его чрезвычайно легка, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ подобныхъ случаевъ родители обращаются къ врачу уже тогда, когда экссудатъ довольно великъ и можетъ быть доходитъ даже до ключицъ.

Если скрытно развивающійся плевритъ сопровождается лихорадкой, то, смотря по характеру ея, болѣзнь принимается то за тифъ, то за болотную лихорадку. Я помню случай такого плеврита у дѣвочки 3-хъ лѣтъ, у которой экссудатъ занималъ рѣшительно всю лѣвую половину груди и все-таки не былъ узнанъ только потому, что лѣчившій врачъ считалъ болѣзнь за болотную лихорадку и не находилъ нужнымъ перкутировать грудь, такъ какъ дѣвочка не кашляла, а дыхательный шумъ былъ хорошо слышенъ на обѣихъ сторонахъ.

Имѣя дѣло съ плевритическимъ экссудатомъ, врачъ всегда долженъ ставить себѣ вопросъ о характерѣ экссудата, т.-е. серозный ли онъ или гнойный? такъ какъ отъ этого зависитъ и предсказаніе, и лѣченіе. Діагностика гнойныхъ экссудатовъ не всегда легка; она можетъ быть основана на общихъ и на мѣстныхъ симптомахъ.

Если у больного, страдающаго плевритическимъ экссудатомъ,

лихорадка принимаетъ интермиттирующій характеръ съ ежедневными знобами и обильными потами и если при этомъ замѣчается быстрое развитіе похуданія и блѣдности, то экссудатъ у него навѣрное гнойный, и если бы лихорадка при такомъ экссудатѣ всегда принимала піэмическій характеръ, то діагностика не представляла бы затрудненій, но такъ какъ, несмотря на гнойный экссудатъ, *повторные знобы и поты могутъ отсутствовать,* а лихорадка можетъ имѣть такой же ремиттирующій характеръ, какъ и при серозныхъ выпотахъ, то для опредѣленія свойствъ экссудата приходится прибѣгать къ другимъ даннымъ. Для діагностики можетъ имѣть значеніе причина болѣзни, возрастъ, количество экссудата, продолжительность болѣзни и мѣстные симптомы.

Что касается до причинъ, то извѣстно, что плевритъ послѣ скарлатины особенно часто оказывается гнойнымъ; то же самое нужно сказать и по поводу плевритовъ у субъектовъ, страдающихъ піэміей.

Гнойный характеръ экссудата можно предполагать съ тѣмъ большей вѣроятностью, чѣмъ моложе ребенокъ и чѣмъ больше количество экссудата. На этомъ основаніи всегда подозрительно, если у ребенка экссудатъ доходитъ до ключицы, а если больной находится при этомъ въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, то гнойный характеръ экссудата болѣе чѣмъ вѣроятенъ.

Какъ долго можетъ продолжаться лихорадка при серозномъ экссудатѣ, мы навѣрное не знаемъ; извѣстно только, что обильные экссудаты могутъ всосаться даже и при многонедѣльномъ существованіи лихорадки, но подобные случаи ничего не доказываютъ, такъ какъ несомнѣнно, что въ дѣтскомъ возрастѣ всасываются иногда и чисто гнойные экссудаты, что доказываютъ многочисленные случаи эмпіэмы, исчезавшей послѣ однократнаго прокола, между тѣмъ какъ извѣстно, что простымъ проколомъ, хотя бы и съ высасываніемъ, никогда не удается удалить все содержимое грудной полости.

По мнѣнію Cadet de Gassicourt'a (Trait. cl. d. mal. de l'enf. T. I, p. 372), если экссудатъ не начинаетъ всасываться послѣ 30-го дня и если температура дѣлаетъ большія колебанія, то экссудатъ почти навѣрное гнойный. Правило это допускаетъ конечно исключенія, но для большинства случаевъ оно вѣрно и потому имъ можно пользоваться, хотя бы для того, чтобы предпринять пробный проколъ.

Что касается до мѣстныхъ симптомовъ, то навѣрное указываютъ на гнойный экссудатъ только три симптома, которые однако въ боль-

шинствѣ случаевъ являются поздно. Къ числу этихъ симптомовъ я отношу: 1) отекъ подкожной клѣтчатки на больной сторонѣ груди, 2) образованіе натечнаго нарыва, указывающаго на предстоящее вскрытіе эмпіэмы чрезъ грудную стѣнку и 3) внезапное изверженіе съ кашлемъ большихъ количествъ гноя вслѣдствіе вскрытія эмпіэмы черезъ легкое. Что касается до натечнаго нарыва, то конечно не всякій нарывъ, образующійся на грудной стѣнкѣ, указываетъ на эмпіему; послѣднюю легко констатировать только въ томъ случаѣ, если у больного нѣтъ костоѣды позвоночника или реберъ и нельзя предположить простого абсцесса въ подкожной клѣтчаткѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ постукиванія больной стороны груди даетъ ясный звукъ.

Если на основаніи наличныхъ данныхъ гнойный характеръ экссудата оказывается сомнительнымъ, то для окончательнаго выясненія дѣла слѣдуетъ прибѣгнуть къ пробному проколу дезинфицированнымъ праватцевскимъ шприцемъ.

Опредѣлить время, когда именно слѣдуетъ прибѣгать къ этому способу изслѣдованія — довольно трудно, такъ какъ здѣсь многое зависитъ и отъ особенностей случая и отъ воззрѣній врача. Общее правило я могу дать только такое: если случай кажется сомнительнымъ, то слѣдуетъ колоть; но понятно, что, руководствуясь этимъ правиломъ, одинъ врачъ предложитъ пробный проколъ раньше, другой — позднѣе, смотря по тому, какіе именно симптомы покажутся сомнительными тому и другому. Я лично считаю нужнымъ и своевременнымъ дѣлать пробный проколъ въ тѣхъ случаяхъ, 1) когда экссудатъ выполняетъ всю половину грудной клѣтки, и особенно, если дѣло идетъ о ребенкѣ въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, при чемъ время, протекшее отъ начала болѣзни, не имѣетъ значенія, такъ какъ экссудатъ можетъ быть гнойнымъ ужъ съ самаго начала. 2) Если въ теченіе 4-й недѣли отъ начала болѣзни, лихорадка не оказываетъ явной наклонности къ окончанію и особенно въ томъ случаѣ, если она принимаетъ интермиттирующій характеръ, и 3) если послѣ 30-го дня не замѣтно всасыванія экссудата, хотя бы температура и была нормальна, такъ какъ *отсутствіе лихорадки не исключаетъ гнойнаго плеврита.* Само собою разумѣется, что если есть знобы, поты и другіе вышеприведенные признаки гнойнаго экссудата, то о показаніяхъ къ проколу не можетъ быть спора. Не слѣдуетъ думать, что при гнойномъ экссудатѣ пробный проколъ всегда даетъ чистый гной. Иногда случается извлечь только мутную серозную жидкость (мутность оказывается подъ

микроскопомъ зависящей отъ гнойныхъ тѣлецъ), а потомъ, при вскрытіи, оказывается, что стѣнки плевральной полости выстланы толстымъ слоемъ густого гноя; дѣло въ томъ, что если гнойный экссудатъ не очень густъ, то форменные элементы легко осаждаются на дно и стѣнки, а сверху стоитъ серозная жидкость; въ виду этого, слѣдуетъ діагносцировать эмпіему даже и въ томъ случаѣ, если при пробномъ проколѣ получается не гнойная, а только мутная (отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ) серозная жидкость.

Нѣкоторое сходство съ плевритическимъ экссудатомъ представляютъ случаи *hydrothorax*'а (скопленіе транссудата въ полостяхъ плевры) и *pneumothorax*'а (скопленіе воздуха въ полости плевры).

Общіе симптомы у плевритическаго экссудата и hydrothorax'а состоятъ въ появленіи въ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки тупого звука, верхняя граница котораго по мѣрѣ развитія болѣзни подымается все выше и выше; въ мѣстѣ притупленія слышится ослабленное дыханіе и слабыя голосовыя сотрясенія.

Разница въ слѣдующемъ: 1) скопленіе транссудата въ полостяхъ плевры не бываетъ изолированнымъ страданіемъ, а всегда сопровождается образованіемъ транссудата въ другихъ мѣстахъ и всего чаще въ подкожной клѣтчаткѣ и въ полостяхъ брюшины. 2) Hydrothorax почти всегда бываетъ двухстороннимъ, хотя на одной сторонѣ онъ можетъ быть выраженъ больше (именно на той сторонѣ, на которой больной больше лежитъ). Можно найти причину водянки или въ болѣзняхъ почекъ (всего чаще), или въ болѣзняхъ сердца, или въ гидреміи отъ хроническаго энтерита. 4) Верхняя граница тупого звука при вертикальномъ положеніи больного идетъ горизонтально: при перемѣнѣ положенія измѣняется и граница тупого звука. 5) Hydrothorax протекаетъ безъ лихорадки, безъ боли въ боку и безъ одышки, если только количество жидкости не слишкомъ велико, а также безъ кашля.

Общіе признаки у экссудата и pneumothorax'а состоятъ въ измѣненіи формы грудной клѣтки: больная сторона мало расширяется при дыханіи, она больше здоровой стороны, межреберные промежутки сглажены; дыхательный шумъ ослабленъ такъ же, какъ и fremitus; сосѣдніе органы смѣщены, больной жалуется на одышку и принимаетъ вынужденное положеніе на больномъ боку. Существенная разница состоитъ въ результатахъ постукиванія — при экссудатѣ получается тупой звукъ, а при pneumothorax — ясный, тимпаническій съ металлическимъ оттѣнкомъ; а при выслушиваніи или отсутствіе дыхательнаго шума или амфорическое дыханіе. Если

pneumothorax развивается вслѣдствіе вскрытія эмпіемы черезъ легкое, то мѣсто вышедшаго экссудата занимаетъ воздухъ и въ верхнихъ частяхъ грудной клѣтки получается ясный или тимпаническій звукъ, благодаря которому начинающій можетъ предположить, что легкое, бывшее до сихъ поръ сдавленнымъ, начинаетъ расправляться и что больной находится на пути къ выздоровленію. Но подобной ошибки легко избѣгнуть, если обратить вниманіе, во 1-хъ, на то, что одышка не только не уменьшилась, а, можетъ быть, даже усилилась и во 2-хъ, что въ мѣстахъ яснаго звука совсѣмъ не слышно дыхательныхъ шумовъ.

Болѣзни легкихъ, характеризующіяся выдѣленіемъ вонючей мокроты.

Всѣ воспаленія легкихъ въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи могутъ сопровождаться выдѣленіемъ вонючей мокроты, которая указываетъ или на существованіе *бронхо-эктатическихъ полостей*, въ которыхъ застаивается и разлагается отдѣляемое слизистой оболочки, или на *гангрену легкаго.*

Въ первомъ случаѣ мокрота, хотя и вонюча, но не отличается такимъ гангренознымъ запахомъ, какъ при гангренѣ легкаго, когда и дыханіе больного чрезвычайно вонюче. Для бронхо-эктазовъ характерно то, что больной по временамъ (особенно утромъ при перемѣнѣ положенія) выхаркиваетъ обильное количество довольно жидкой вонючей мокроты, б. ч. сѣровато-зеленаго цвѣта. Общій видъ, состояніе силъ и лихорадка при бронхо-эктазахъ стоятъ въ зависимости отъ основного страданія. Если расширеніе бронховъ сопровождается, напр. интерстиціальной пнеймоніей (исходъ крупозной или катаральной (коревой) пнеймоніи), то общее состояніе представляется удовлетворительнымъ а лихорадочнаго состоянія можетъ не быть вовсе. То же самое бываетъ въ случаяхъ развитія бронхо-эктазовъ въ спавшемся легкомъ, вслѣдствіе бывшаго плевритическаго экссудата.

Что касается физикальныхъ признаковъ, то они могутъ быть различны въ зависимости отъ того, окружены ли бронхо-эктазы раздутымъ легкимъ или уплотнѣлымъ. Въ первомъ случаѣ больной представляетъ симптомы хроническаго бронхита, тогда какъ при уплотнѣніи легкаго получаются признаки каверны: амфорическое дыханіе или громкое бронхіальное, бронхофонія, крупнопузырчатые, консонирующіе хрипы и при постукиваніи тимпаническій тонъ, иногда

съ металлическимъ оттѣнкомъ. Всѣ эти характерные физикальныя симптомы исчезаютъ въ томъ случаѣ, если полость выполняется секретомъ, и снова появляются послѣ приступа кашля, съ изверженіемъ большого количества мокроты. Конечно, тѣ же симптомы могутъ быть и при туберкулезныхъ кавернахъ, но тогда въ мокротѣ будутъ бациллы и эластическія волокна.

Мы говоримъ здѣсь только о хроническихъ бронхоэктазахъ (такъ какъ вонючая мокрота свойственна только имъ), всего чаще встрѣчающихся при интерстиціальныхъ пнеймоніяхъ, протекающихъ сплошь и рядомъ безъ лихорадки и остающихся въ теченіе долгаго времени въ стаціонарномъ видѣ; а потому, если признаки кавернъ замѣчаются у больного при сравнительно хорошемъ общемъ состояніи и при выдѣленіи обильной, вонючей мокроты, то можно съ увѣренностью заключить, что у него не чахотка, а бронхоэктазы на почвѣ интерстиціальной пнеймоніи.

Вонючая мокрота при гангренѣ легкихъ отличается отъ мокроты при бронхоэктазахъ, кромѣ болѣе сильнаго запаха, еще тѣмъ, что въ ней не трудно открыть присутствіе остатковъ легочной ткани, въ видѣ черныхъ клочьевъ, которые, будучи разсматриваемы подъ водой, представляются въ видѣ лохматыхъ комковъ. Микроскопомъ легко доказать, что комки эти имѣютъ ячеистое строеніе, но упругихъ волоконъ найти не удается, такъ какъ при гангренѣ легкаго они встрѣчаются, страннымъ образомъ, крайне рѣдко.

Чтобъ легче найти эти остатки легочной ткани, надо дать мокротѣ отстояться и взять для изслѣдованія осадокъ со дна сосуда. (Подробное описаніе микроскопическихъ свойствъ мокроты можно найти въ руководствѣ частной патологіи и терапіи Eichhorst'а т. I, стр. 454).

Общее состояніе при гангренѣ легкаго всегда сильно страдаетъ; лихорадка нерѣдко сопровождается знобами и обильными потами и скоро наступаетъ упадокъ силъ.

Прежде, чѣмъ ставить діагнозъ по вонючей мокротѣ па бронхоэктазы или гангрену легкаго, надо исключить другіе источники для вонючаго отдѣляемаго, напр.: нѣкоторыя болѣзни рта, каковы: нома, stomacace, вонючій насморкъ, нѣкоторые случаи заднеглоточнаго нарыва и особенно ихорозный экссудатъ при застарѣломъ плевритѣ, вскрывшемся черезъ легкое.

Болѣзни нервной системы.

Мы изложимъ сначала семіотическое значеніе нѣкоторыхъ симптомовъ, имѣющихъ общее значеніе, а потомъ перейдемъ къ дифференціальной діагностикѣ отдѣльныхъ болѣзней, наичаще встрѣчающихся въ дѣтскомъ возрастѣ.

Семіотика головной боли.

Головная боль встрѣчается, конечно, у дѣтей всѣхъ возрастовъ, но, какъ симптомъ субъективный, она часто остается незамѣченной даже у дѣтей, умѣющихъ говорить, потому что до 5-ти лѣтъ они вообще рѣдко жалуются на боль въ опредѣленномъ мѣстѣ, гдѣ бы то ни было. У маленькихъ дѣтей можно узнать головную боль только въ томъ случаѣ, если она очень сильна и заставляетъ ребенка выражать ее тѣмъ, что онъ часто хватается ручками за голову, дергаетъ себя за волосы, безпрестанно двигаетъ головой въ ту и другую сторону, морщитъ брови. Но чтобъ появились подобные симптомы, необходимо, чтобъ головная боль была очень сильна; головная боль, вслѣдствіе значительнаго повышенія температуры тѣла, обыкновенно не достигаетъ такой степени, чтобъ выражаться объективными признаками; мы встрѣчаемъ ихъ почти исключительно при мозговыхъ болѣзняхъ и воспаленіяхъ средняго уха и объ этихъ двухъ страданіяхъ слѣдуетъ прежде всего подумать, если имѣемъ дѣло съ ребенкомъ, который много кричитъ, безпокоится и хватается ручонками за голову.

Головная боль у дѣтей послѣ 5-ти лѣтъ встрѣчается очень часто, и въ цѣляхъ діагностики всѣ относящіеся сюда случаи можно раздѣлить на острые и хроническіе.

Къ категоріи острыхъ головныхъ болей мы относимъ тѣ случаи, въ которыхъ головная боль появилась недавно, напр. нѣсколько дней тому назадъ, и больной прежде подобной головной болью не страдалъ; отсутствіе лихорадочнаго состоянія не исключаетъ острой головной боли.

Къ хронической головной боли мы относимъ всѣ случаи такъназываемыхъ привычныхъ головныхъ болей, будутъ ли онѣ постоянно или неправильно повторяющимися.

Острая головная боль отличается отъ хронической, помимо анамнеза, еще тѣмъ, что, за рѣдкими исключеніями, она всегда сопровождается повышеніемъ температуры.

Если больной страдаетъ **острой головной болью** съ повышеніемъ температуры, то главный вопросъ, подлежащій разрѣшенію, состоитъ въ томъ, зависитъ ли она отъ лихорадочнаго состоянія, или же она является симтомомъ начинающагося менингита. Въ первые 2 — 3 дня, а иногда и дольше, вопросъ этотъ не всегда можетъ быть рѣшенъ. Мы обращаемъ вниманіе, во 1-хъ, на характеръ головной боли, во 2-хъ, на интенсивность лихорадки и, въ 3-хъ, на сопутствующіе симптомы.

Головная боль при менингитѣ и острой головной водянкѣ характеризуется тѣмъ, что она сильна и постоянна, т.-е не дѣлаетъ перемежекъ, и *интенсивность ея не соотвѣтствуетъ высотѣ температуры,* между тѣмъ какъ головная боль, зависящая просто отъ лихорадки, бываетъ обыкновенно не сильна, если только температура не слишкомъ высока (не выше 40°); если ребенокъ жалуется на головную боль только на вопросъ о ней, то это вѣроятно не менингитъ (мы говоримъ „вѣроятно“, такъ какъ незначительность головной боли еще не исключаетъ менингита и именно туберкулезной его формы), если же онъ мечется отъ головной боли, и эта послѣдняя составляетъ главную его жалобу, то менингитъ тѣмъ вѣроятнѣе, чѣмъ *ниже* температура; очень сильная, непривычная головная боль при температурѣ около 38 — 38,5 почти патогномонична для менингита. Если очень сильная головная боль наблюдается при температурѣ выше 40°, то она не имѣетъ особаго значенія для діагностики менингита даже и въ томъ случаѣ, если сопровождается рвотой, такъ какъ, во 1-хъ, и то и другое можетъ встрѣтиться при всякомъ сильномъ лихорадочномъ состояніи, и во 2-хъ, сильный жаръ почти исключаетъ туберкулезный менингитъ, т.-е. именно ту форму, которая всего чаще встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ.

Что касается до простого гнойнаго и цереброспинальнаго менингита, при которыхъ температура въ 40° вовсе не рѣдкость, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что при этихъ формахъ (вообще рѣдкихъ) очень скоро наступаютъ другіе мозговые симптомы, выясняющіе діагностику.

Мы только что сказали, что очень сильная головная боль до нѣкоторой степени характерна для менингита, но отсюда еще вовсе не слѣдуетъ, что при этомъ страданіи она всегда бываетъ таковой. *Отсутствіе рѣзкой головной боли исключаетъ только острое гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ* (meningitis simplex, s. purulenta), *но оно не говоритъ противъ начинающейся острой голов-*

ной водянки (meningitis tuberculosa). Начало туберкулезнаго менингита потому, между прочимъ, и не узнается такъ часто, что очень сильная головная боль встрѣчается при немъ довольно рѣдко. Дѣло въ томъ, что степень головной боли при острой головной водянкѣ стоитъ въ большой зависимости отъ быстроты развитія ея: головная боль будетъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ быстрѣе наступаетъ *повышеніе давленія* въ полости черепа, а такъ какъ при туберкулезномъ менингитѣ головная водянка развивается иногда довольно медленно, то и головная боль можетъ быть не сильна.

Что касаетси до сопутствующихъ симптомовъ, то на первомъ мѣстѣ изъ ихъ числа надо поставить, конечно, *рвоту*, которая встрѣчается во всѣхъ случаяхъ менингита какъ остраго, гнойнаго, такъ и подостраго или туберкулезнаго. *Если больного ни разу не вырвало съ момента появленія головной боли въ теченіе 1—2 сутокъ, то почти навѣрное* можно сказать, что *у него не менингитъ*. Случаи менингита безъ рвоты хотя и встрѣчаются, но принадлежатъ къ числу самыхъ рѣдкихъ исключеній, съ которыми можно не считаться. О характерѣ мозговой рвоты мы уже говорили. Діагностическое значеніе рвоты при головной боли умаляется однако тѣмъ, что она можетъ встрѣтиться и при другихъ болѣзняхъ и въ особенности подъ вліяніемъ противныхъ лѣкарствъ.

Другимъ симптомомъ, весьма важнымъ для оцѣнки головной боли, является *замедленный и неправильный пульсъ*. Этотъ симптомъ выступаетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ слабѣе лихорадочное состояніе и чѣмъ старше ребенокъ. При остромъ гнойномъ менингитѣ при температурѣ въ 40° пульсъ нерѣдко остается правильнымъ и частымъ; но зато въ подобныхъ случаяхъ рано наступаетъ потеря сознанія и общія судороги.

Другіе симптомы менингита, о которыхъ рѣчь будетъ въ соотвѣтственномъ мѣстѣ, являются позднѣе.

Головная боль, не зависящая отъ мозгового страданія, а стоящая въ связи съ повышеніемъ температуры, не имѣетъ особаго діагностическаго значенія, за исключеніемъ развѣ того только, что она вмѣстѣ съ другими симптомами общаго недомоганія помогаетъ выясненію анамнеза по вопросу о томъ, когда приблизительно началось лихорадочное состояніе у ребенка. Сильная головная боль безъ повышенія температуры или при незначительной лихорадкѣ, но при насморкѣ можетъ зависѣть отъ распространенія *катарра на лобныя пазухи*; въ такомъ случаѣ боль локализируется во лбу.

Головная боль имѣетъ особое значеніе въ томъ случаѣ, если

она появляется у ребенка, страдающаго острымъ нефритомъ. Есть ли при этомъ лихорадочное состоянiе или температура остается нормальной — это все равно; *головная боль въ теченiе остраго нефрита всегда должна возбуждать опасенiе насчетъ начинающейся уремiи и особенно въ томъ случаѣ, если она сопровождается рвотой.*

При оцѣнкѣ значенiя головной боли остраго происхожденiя слѣдуетъ имѣть въ виду, что она можетъ локализироваться въ мягкихъ покровахъ черепа, напр., при ревматизмѣ или при ограниченныхъ воспалительныхъ фокусахъ. Мѣсто боли въ такихъ случаяхъ опредѣляется ощупыванiемъ головы, такъ какъ воспалительная боль усиливается при давленiи на больное мѣсто. При ревматизмѣ galeae aponeuroticae боль ощущается не только въ головѣ, но нерѣдко распространяется также и на мышцы шеи (torticollis) и усиливается при подыманiи бровей и сморщиванiи лба.

При извѣстномъ анамнезѣ, и если головная боль появляется у нѣсколькихъ членовъ семьи, легко поставить дiагностику *угара*. Головная боль отъ угара нерѣдко сопровождается рвотой и общей слабостью. Что подобные же симптомы могутъ зависѣть также отъ отравленiя алкоголемъ (виномъ), — это извѣстно.

Хроническая головная боль можетъ зависѣть или отъ какихъ-нибудь грубыхъ анатомическихъ измѣненiй головного мозга, въ родѣ, напр., хронической головной водянки, опухоли въ полости черепа и проч., или отъ пораженiя другихъ органовъ, или же она является въ видѣ самостоятельнаго страданiя.

Дiагностика *симптоматической головной боли*, зависящей отъ хронической болѣзни головного мозга, основывается на одновременномъ существованiи другихъ мозговыхъ симптомовъ, каковы: рвота, ослабленiе умственныхъ способностей, параличи и парезы, въ особенности глазныхъ мышцъ (косоглазiе, ptosis, amblyopia), припадки мѣстныхъ или общихъ судорогъ. Головная боль, зависящая отъ хроническаго страданiя мозга, характеризуется рѣзко выраженной наклонностью къ прогрессивному ухудшенiю. При ограниченномъ пораженiи мозговыхъ оболочекъ (абсцессъ, сифилисъ) появляются упорныя головныя боли, строго ограниченныя извѣстнымъ мѣстомъ: къ числу характерныхъ признаковъ такой головной боли относится, между прочимъ, и то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ она усиливается при постукиванiи соотвѣтственнаго мѣста черепа.

Хроническая головная боль, не зависящая отъ болѣзней головного мозга или его оболочекъ, встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ довольно часто и можетъ зависѣть отъ разнообразныхъ причинъ.

Изъ этой большой группы нужно выдѣлить прежде всего обыкновенную **мигрень,** главной причиной которой бываетъ наслѣдственность. Отъ всякой другой головной боли мигрень отличается тѣмъ, что головная боль является приступами, занимаетъ только одну сторону головы (чаще лѣвую) и черезъ нѣсколько часовъ кончается большею частью рвотой и сномъ. Въ легкихъ случаяхъ до рвоты дѣло не доходитъ, но для діагностики достаточно и того, что хоть нѣкоторые изъ приступовъ сопровождаются рвотой. Объективно мигрень выражается у дѣтей блѣдностью лица, общей вялостью и иногда зѣвотой. Если подобные симптомы появляются по временамъ у ребенка, во всѣхъ другихъ отношеніяхъ здороваго, и всякій разъ дѣло кончается черезъ нѣсколько часовъ рвотой и сномъ, то можно узнать мигрень даже и у дѣтей, не умѣющихъ говорить.

Приступы головной боли при мигрени являются черезъ неправильные, но болѣе или менѣе продолжительные промежутки времени отъ нѣсколькихъ дней и недѣль до цѣлыхъ мѣсяцевъ; почти никогда *мигрень не повторяется два дня подъ рядъ,* и вообще можно сказать, что если у ребенка головная боль повторяется нѣсколько дней подъ рядъ или хотя бы даже всякую недѣлю — то это, по всей вѣроятности, не чистая мигрень. Приступы мигрени появляются или безъ всякой опредѣленной причины, или подъ вліяніемъ утомленія физическаго или умственнаго; основной причиной слѣдуетъ считать наслѣдственное расположеніе (въ анамнезѣ значится обыкновенно мигрень у кого-либо изъ родителей). Эта причина до того постоянна, что если головная боль появляется у ребенка, родители котораго никогда не страдали мигренью, то одно ужъ это обстоятельство заставляетъ усомниться въ существованіи въ данномъ случаѣ мигрени идіопатической, т.-е. самостоятельнаго невроза; вѣроятнѣе, что такая мигрень окажется или рефлекторнымъ явленіемъ (болѣзни носа), или симптоматической головной болью (анемія, болѣзни мозга и проч.).

Довольно характерно для мигрени и то, что головная боль почти всегда можетъ быть купирована пріемомъ антипирина (столько гранъ, сколько больному лѣтъ) или антифебрина (вдвое меньшимъ количествомъ), хотя я вовсе не имѣю въ виду утверждать, что эти средства безполезны при головной боли иного происхожденія.

Общее состояніе питанія у дѣтей, расположенныхъ къ мигрени, можетъ оставаться прекраснымъ.

Мигрень всего легче смѣшать съ **невральгіей верхнеглазничнаго нерва** (neural. supraorbitalis), при которой боль тоже ощущается на

одной сторонѣ головы, но существенная разница въ томъ, во 1-хъ, что если больной умѣетъ локализировать свои ощущенія, то онъ указываетъ на верхнеглазничную область, какъ на мѣсто боли, и во 2-хъ, что во всѣхъ случаяхъ боль усиливается при давленіи на foramen supraorbitale.

Верхнеглазничная невральгія сравнительно часто бываетъ малярійнаго происхожденія и тогда правильно возвращается ежедневно или черезъ день въ одинъ и тотъ же часъ, а потому во всѣхъ случаяхъ интермиттирующей головной боли у ребенка прежде всего надо думать о neural. supraorbitalis.

Кромѣ мигрени, у дѣтей встрѣчаются еще и другого рода нервныя головныя боли, которыя или повторяются ежедневно, или черезъ неправильные промежутки времени, отъ неизвѣстныхъ или отъ строго опредѣленныхъ причинъ. Эти головныя боли, то едва замѣтныя, то очень сильныя, не имѣютъ особой локализаціи: больные жалуются, смотря по случаю, на лобъ, темя, затылокъ, всю голову.

Сюда относится, напр., головная боль, стоящая въ связи *съ общимъ упадкомъ питанія*. Діагностика основывается на исключеніи другихъ причинъ головной боли и на симптомахъ общаго малокровія (блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, потеря аппетита, худоба, непокойный сонъ, раздражительность) или хлороза, отличающагося отъ обыкновеннаго дѣтскаго малокровія гораздо болѣе выраженной блѣдностью (восковая блѣдность) кожи и слизистыхъ оболочекъ и возрастомъ паціентовъ: обыкновенное малокровіе мы встрѣчаемъ преимущественно у дѣтей 5—12 лѣтъ, безразлично какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ, а хлорозъ почти исключительно у дѣвочекъ послѣ 8—12 лѣтъ. Головная боль, зависящая только отъ хлороза, а не отъ другихъ какихъ-либо причинъ, отличается, между прочимъ, тѣмъ, что скоро проходитъ при лѣченіи желѣзомъ.

Имѣя дѣло съ головной болью у малокровнаго ребенка, надо имѣть въ виду, что само малокровіе можетъ зависѣть отъ какой-либо опредѣленной причины, безъ устраненія которой лѣченіе останется, конечно, безполезнымъ. Къ числу такихъ причинъ относятся, напр., катарральное состояніе желудка, глисты, воспаленіе почекъ (уремія), онанизмъ.

По мнѣнію нѣкоторыхъ, подозрѣвать *онанизмъ* можно въ томъ случаѣ, если головная боль локализируется въ затылкѣ; но лучше руководствоваться другими признаками, каковы: открытый glans

penis, плохая реакція cremasteris на щекотаніе внутренней поверхности верхней части бедра, подозрительныя пятна на бѣльѣ и одѣялѣ. Какъ на весьма цѣнный признакъ, часто встрѣчающійся у онанистовъ, Renzi указываетъ на исчезаніе колѣннаго рефлекса (Мед. Обозр. 1888, № 11). Характерно до нѣкоторой степени и то, что онанисты бываютъ разсѣянны, не могутъ долго сосредоточивать вниманіе, а дѣти старшаго возраста дѣлаются обыкновенно слишкомъ богомольными. (Они слышали про вредъ этого порока и, не находя въ себѣ достаточно силъ для борьбы съ нимъ, прибѣгаютъ къ молитвѣ).

Особаго рода нервная головная боль, встрѣчающаяся какъ у слабыхъ и малокровныхъ дѣтей, такъ и у совершенно здоровыхъ, *хорошо упитанныхъ и живущихъ въ лучшихъ гигіеническихъ условіяхъ*, извѣстна подъ именемъ **школьной головной боли** или *головной боли отъ переутомленія,* а также головной боли отъ роста (cephalalgie de croissance французскихъ авторовъ). Ею страдаютъ преимущественно подростки отъ 10 до 14—16 лѣтъ. Головная боль эта, подобно всякой другой нервной головной боли, локализируется или во лбу, или во всей головѣ и часто комбинируется съ явленіями неврастеніи: ребенокъ дѣлается раздражителенъ или грустенъ, плаксивъ и т. п., но главный характерный признакъ, присущій всѣмъ случаямъ школьной цефалопатіи, состоитъ *въ неспособности къ умственной работѣ:* въ легкихъ случаяхъ головная боль является только при усиленныхъ умственныхъ занятіяхъ, а въ случаяхъ тяжелыхъ и вполнѣ выраженныхъ даже и при самой легкой, не исключая и занимательной умственной работы, напр., при чтеніи интересной повѣсти.

Головна боль упорно повторяется изо дня въ день въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и для своего излѣченія требуетъ полнаго прекращенія занятій по меньшей мѣрѣ на полгода, а иначе она можетъ продолжаться въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, пока не окончится періодъ болѣе быстраго роста.

Школьную головную боль всего легче смѣшать съ той *цефалальгіей,* которая часто встрѣчается у дѣтей въ зависимости *отъ ненормальной рефракціи и аккомодаціи* и излѣчиваются ничѣмъ инымъ, какъ только соотвѣтственными очками. Такая этіологія головной боли не составляетъ большой рѣдкости, какъ видно, напр., изъ работы Bickerton'а (Врачъ, 1888, стр. 680), который, разобравъ тысячу своихъ больныхъ съ пороками преломленія, нашелъ, что головная боль занимала видное мѣсто среди жалобъ больныхъ

у 277 (27,7%). Самую важную роль въ этомъ отношеніи играетъ гиперметропія съ астигматизмомъ. Сходство головной боли, зависящей отъ порока глазъ, со школьной состоитъ въ томъ, во 1-хъ, что какъ та, такъ и другая являются только во время занятій и исчезаютъ при покоѣ, и во 2-хъ, что онѣ не щадятъ ни слабыхъ, ни крѣпкихъ дѣтей.

Хроническая головная боль можетъ стоять въ связи также и *съ болѣзнями носа;* при чемъ видимаго насморка, т.-е. течи изъ носа, можетъ и не быть, достаточно непроходимости носовыхъ ходовъ. Случаевъ излѣченія упорныхъ головныхъ болей посредствомъ терапіи носа описано не мало; припомню для примѣра случай Menière'a (Врачъ 1888 г. № 22): у мальчика 9 лѣтъ головная боль, продолжавшаяся 2 года, была излѣчена удаленіемъ опухолей носоглоточной области и прижиганіемъ слизистой оболочки носа.

Если головная боль является у ребенка послѣ бѣганія или во время жаркой погоды и облегчается послѣ носового кровотеченія, то это указываетъ на зависимость ея отъ прилива къ мозгу.

Eichhorst обратилъ вниманіе на появленіе головной боли, иногда со рвотой, подъ вліяніемъ временной альбуминуріи, подчасъ появляющейся у подростковъ безъ всякой замѣтной причины. Альбуминурія можетъ тянуться недѣли и мѣсяцы, и за это время дедовольно часто появляются приступы головной боли, иногда вмѣстѣ съ общей слабостью, ослабленіемъ памяти, раздражительностью и даже съ судорогами.

Семіотика общихъ судорогъ.

Когда приходится имѣть дѣло съ ребенкомъ, у котораго отъ неизвѣстной причины появились общія судороги тоническаго или клоническаго характера, выражающіяся, главнымъ образомъ, въ безпорядочномъ подергиваніи мышцъ лица и конечностей и потерей сознанія, то иногда бываетъ очень трудно опредѣлить причину судорогъ, и нерѣдко врачъ, видящій больного въ первый разъ, не бываетъ въ состояніи сдѣлать больше того, какъ констатировать фактъ, и поневолѣ довольствуется фразой, что у больного эклямпсическій припадокъ или т. н. родимчикъ.

При опредѣленіи причины судорогъ прежде всего надо рѣшить вопросъ, зависятъ ли онѣ отъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій въ центральной нервной системы, или отъ какихъ-либо другихъ причинъ.

Судороги могутъ встрѣтиться какъ при хроническихъ болѣзняхъ мозга, такъ и при острыхъ. Для діагностики **мозговыхъ судорогъ** важно отмѣтить то обстоятельство, что мозговая болѣзнь почти никогда не начинается приступомъ эклямпсіи, а потому если судороги являются симптомомъ пораженія головного мозга, то при подробномъ изслѣдованіи больного или въ анамнезѣ всегда можно найти указанія на существованіе какихъ-либо другихъ мозговыхъ симптомовъ, каковы, напр., въ хроническихъ случаяхъ постоянная или часто повторявшаяся головная боль, парезы мышцъ лица или конечностей, ослабленіе умственныхъ способностей, измѣненія на днѣ глаза и проч., а въ острыхъ, кромѣ того, еще и сонливость, лихорадочное состояніе, неправильность и замедленіе пульса и проч.; а потому, если *судороги появляются у ребенка, до сихъ поръ совершенно здороваго,* который и *по окончаніи припадка не представляетъ никакихъ другихъ мозговыхъ симптомовъ*, то можно утверждать съ большой увѣренностью, что *судороги у него были не мозговыя.*

Судороги, зависящія отъ хроническаго страданія мозга, характеризуются, между прочимъ, тѣмъ, что онѣ очень склонны къ возвратамъ и возвращаются черезъ различные промежутки времени отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль. Правда, подобнаго рода повторяющіяся судороги часто встрѣчаются у дѣтей до 2-хъ лѣтъ и безъ мозговой болѣзни, но діагностика облегчается тѣмъ, что изъ хроническихъ мозговыхъ болѣзней въ этомъ возрастѣ встрѣчается только хроническая головная водянка, легко узнаваемая по значительно увеличенному черепу и расхожденію швовъ. У дѣтей старшаго возраста повторныя судороги въ теченіе мѣсяцевъ и даже лѣтъ зависятъ или отъ какой-либо хронической болѣзни мозга (всего чаще опухоль), или отъ эпилепсіи.

Чистая, такъ сказать, идіопатическая *эпилепсія* большею частью имѣетъ наслѣдственное происхожденіе и отличается отъ симптоматической эпилепсіи, т.-е. отъ мозговыхъ судорогъ, своимъ крайне хроническимъ теченіемъ и тѣмъ, что въ промежуткахъ между приступами судорогъ ребенокъ не представляетъ никакихъ мозговыхъ симптомовъ.

Если судороги постоянно поражаютъ только одну сторону тѣла, то это обстоятельство сильно говоритъ въ пользу ихъ мозгового происхожденія.

Въ острыхъ случаяхъ мозговыя судороги сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ, и потому приходится рѣшать вопросъ,

зависятъ ли судороги отъ менингита (или отъ какого-либо иного страданія мозга), или просто отъ повышенія температуры.

Всякое быстрое повышеніе температуры, выражающееся у взрослыхъ знобомъ, можетъ сопровождаться у маленькихъ дѣтей судорогами, и чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ онѣ легче наступаютъ.

Эти т. н. **лихорадочныя судороги,** или эклямпсія вслѣдствіе жара, могутъ быть допущены только при наличности трехъ условій: 1) возрастъ ребенка до 3-хъ лѣтъ (исключенія очень рѣдки), 2) быстрое повышеніе температуры не менѣе, какъ до 39,5, и 3) судороги появляются въ первые часы заболѣванія, то есть въ началѣ жара. Значитъ, судороги, по всей вѣроятности, не зависятъ отъ одной только лихорадки, если одно изъ этихъ условій не соблюдено, если, напримѣръ, ребенокъ старше 3-хъ лѣтъ или температура низка, или подымалась медленно (въ теченіе 2—3 дней), или если судороги появились не на первый день болѣзни.

Такъ какъ острыя мозговыя болѣзни у дѣтей сравнительно рѣдко начинаются внезапнымъ и сильнымъ жаромъ, то и начальныя судороги при нихъ бываютъ рѣдко, а потому, *если эклямпсія появилась у ребенка, только что заболѣвшаго, и термометръ показываетъ около 40°, то почти навѣрное это не мозговая болѣзнь.* Правда, нѣкоторыя формы остраго гнойнаго менингита начинаются иногда съ судорогъ, но тогда болѣзнь течетъ вообще очень бурно, и больной или совсѣмъ не приходитъ въ сознаніе послѣ приступа, или судороги повторяются разъ за разомъ, и дня черезъ 2 наступаетъ смертельный исходъ; въ противоположность этому, лихорадочныя судороги обыкновенно не повторяются (сильный знобъ у взрослыхъ тоже не повторяется), за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ злокачественнаго интермиттента (f. interm. convulsiva), и больной скоро (черезъ 10—20 мин.) приходитъ въ себя*). Итакъ, *если судороги появились у маленькаго ребенка въ началѣ развитія сильнаго жара, и если ребенокъ скоро пришелъ въ себя, и въ теченіе нѣсколькихъ часовъ судороги не повторялись — то можно исключить острую мозговую болѣзнь* и діагносцировать

*) Иногда, хотя и рѣдко, судороги являются первымъ симптомомъ туберкулезнаго менингита, но при этой болѣзни лихорадка бываетъ такъ незначительна (около 38—38,5), что судороги, несмотря на ихъ однократность и возвращеніе сознанія, не могутъ быть объяснены повышеніемъ температуры, и потому для объясненія ихъ приходится искать другую причину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ при туберкулезномъ менингитѣ судороги являются лишь въ самомъ концѣ, незадолго до смертнаго исхода.

лихорадочную эклямпсію, при чемъ останется еще рѣшить, отъ какой именно болѣзни зависитъ лихорадка.

Но помимо этихъ начальныхъ судорогъ, при нѣкоторыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ встрѣчается эклямпсія еще и другого рода, отличающаяся тѣмъ, что вмѣсто однократныхъ судорогъ, мы имѣемъ дѣло съ повторными и притомъ у дѣтей любого возраста, а не у маленькихъ только.

Такъ какъ подобнаго рода эклямпсія встрѣчается у дѣтей лишь при инфекціонныхъ болѣзняхъ и въ особенности при крупозной пнеймоніи (почти исключительно у дѣтей до 2-хъ лѣтъ), скарлатинѣ и оспѣ (какъ у маленькихъ, такъ и у дѣтей старшаго возраста), и притомъ всегда въ тяжелыхъ случаяхъ, то можно думать, что судороги обусловливаются здѣсь не столько повышеніемъ температуры, сколько ядомъ, циркулирующимъ въ крови.

Если судороги повторяются такъ часто, что ребенокъ не успѣваетъ выйти изъ сопора, и болѣзнь скоро кончается смертью (при скарлатинѣ иногда черезъ нѣсколько часовъ отъ начала болѣзни), то конечно сходство съ бурнымъ менингитомъ (meningite foudroyante) можетъ быть настолько велико, что на основаніи однихъ наличныхъ симптомовъ діагностика не можетъ быть сдѣлана, если не успѣютъ появиться признаки, вполнѣ характерные для той или другой болѣзни, каковы, напр., сыпь при скарлатинѣ и оспѣ или физикальные симптомы со стороны легкихъ при пнеймоніи.

Важное значеніе для діагностики подобныхъ случаевъ имѣетъ этіологія, а потому необходимо справиться, не было ли повода больному заразиться оспой и *въ особенности скарлатиной* (это самая частая причина для смертельныхъ случаевъ повторныхъ судорогъ при жарѣ даже и у болѣе взрослыхъ дѣтей), не ушибалъ ли онъ голову, не пекся ли на солнцѣ, не имѣлъ ли онъ передъ тяжелымъ заболѣваніемъ насморка и кашля (гриппъ — какъ поводъ къ церебральной пнеймоніи), наконецъ, нѣтъ ли въ данной мѣстности случаевъ эпидеміи цереброспинальнаго менингита.

Нерѣдко діагностика выясняется лишь черезъ нѣсколько дней послѣ смерти больного и именно въ томъ случаѣ, если въ данной семьѣ кто-либо заболѣваетъ ясно выраженной заразной болѣзнью, которая всего чаще, конечно, оказывается скарлатиной.

Если ребенокъ вдругъ заболѣваетъ сильнымъ жаромъ, рвотой и повторными судорогами и черезъ 20—30 часовъ умираетъ при явленіяхъ сопора и упадка силъ, и для діагностики не оказывается никакихъ другихъ данныхъ, то врачи отмѣчаютъ обыкновенно, какъ

причину смерти, менингитъ и, по моему мнѣнію, въ громадномъ большинствѣ случаевъ ошибаются. Дѣло въ томъ, что туберкулезная форма менингита никогда такъ не протекаетъ; простой гнойный менингитъ для своего развитія требуетъ какой-либо опредѣленной причины и ни съ того, ни съ сего у здороваго ребенка не развивается, а что касается до эпидемическаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, то эта болѣзнь вообще встрѣчается рѣдко, а гиперакутныя ея формы почти никогда, а потому въ случаяхъ, подобныхъ вышеприведеннымъ, прежде всего слѣдуетъ думать о скарлатинѣ, потомъ объ оспѣ, а о менингитѣ послѣ всего.

Узнать въ самомъ началѣ заболѣванія *скарлатину* удается не рѣдко, такъ какъ сыпь при ней высыпаетъ очень рано, иногда въ первые часы, а если сыпи еще нѣтъ, то все-таки есть уже скарлатинозная жаба. — Гораздо труднѣе узнать *оспу,* такъ какъ слизистая оболочка зѣва при ней въ первые дни не поражается, сыпь высыпаетъ только на 3-й день и вообще симптомы предвѣстниковъ мало характерны, если только дѣло идетъ не о геморрагической оспѣ, при которой своеобразныя петехіи на животѣ, а потомъ и на другихъ мѣстахъ появляются очень рано, напр., на 1-й или на 2-й день. Эклямпсія при оспѣ отличается притомъ значительной силой и по повторности судорогъ симулируетъ менингитъ. — Вотъ причины, почему на практикѣ эклямпсія при оспѣ часто смѣшивается съ менингитомъ. — Важнымъ подспорьемъ для діагностики служитъ характеръ эпидеміи въ данной мѣстности, особенно если больной живетъ въ оспенномъ домѣ и у него *нѣтъ знаковъ привитой оспы.* Объ отличіи менингита отъ такъ называемой церебральной формы воспаленія легкихъ мы говорить здѣсь не будемъ, такъ какъ можно сослаться на главу о пнеймоніи. Зато необходимо упомянуть еще объ *уреміи,* которая въ своей эклямпсической формѣ протекаетъ у дѣтей обыкновенно съ значительнымъ повышеніемъ температуры (до 40° и выше). Если судороги повторяются часто, то больной не выходитъ изъ коматознаго состоянія, и сходство съ острымъ менингитомъ тѣмъ болѣе велико, что обязательно бываетъ и рвота. Ошибки, однако, встрѣчаются не часто, такъ какъ судороги развиваются у нефритика, а воспаленіе почекъ просмотрѣть не легко.

Эклямпсія при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ у маленькихъ дѣтей можетъ представить врачу затрудненіе лишь на нѣсколько часовъ, такъ какъ, во 1-хъ, многіе изъ воспалительныхъ процес-

совъ скоро выясняются, а во 2-хъ, какъ уже сказано, судороги эти обыкновенно не повторяются.

Для дифференціальной діагностики мозговыхъ судорогъ отъ простой лихорадочной эклямпсіи огромное значеніе имѣютъ также способъ развитія или группировка мозговыхъ припадковъ, комплексъ которыхъ можетъ быть такого рода, что его нельзя объяснить ничѣмъ инымъ, какъ только страданіемъ мозга; мозговыя явленія, зависящія отъ лихорадки, отличаются отъ настоящихъ мозговыхъ симптомовъ *недостаточнымъ постоянствомъ и тѣмъ, что они обыкновенно не усиливаются, а напротивъ того, по мѣрѣ выясненія первичной болѣзни, все болѣе и болѣе ослабѣваютъ.*

Что касается спеціально до судорогъ, то при мозговыхъ болѣзняхъ имъ предшествуетъ обыкновенно *очень сильная головная боль появляющаяся во всей своей интенсивности съ самаг начала заболѣванія и не дѣлающая послабленій вплоть до періода потери сознанія;* настоящія мозговыя судороги при острыхъ болѣзняхъ мозга повторяются обыкновенно разъ за разомъ и оставляютъ послѣ себя глубокое сопорозное состояніе, изъ котораго больной большею частью не выходитъ до самой смерти. По Barthez и Sanné мозговыя судороги отличаются отъ простой эклямпсіи слѣдующимъ: 1) послѣ мозговыхъ судорогъ рѣзче выражаются послѣдовательныя измѣненія въ сферѣ сознанія и движенія (чаще появляются, напр., параличи и сведенія), 2) продолжительность самаго приступа больше и 3) мозговыя судороги очень наклонны къ возвращенію; если у ребенка въ возрастѣ послѣ двухъ лѣтъ судороги повторяются разъ за разомъ, то онѣ почти навѣрное мозгового происхожденія (мы уже говорили, что подобныя судороги у дѣтей старшаго возраста могутъ быть обусловлены скарлатиной и уреміей).

При оцѣнкѣ мозговыхъ судорогъ до нѣкоторой степени можно руководствоваться еще и состояніемъ *большого родничка,* при чемъ надо имѣть въ виду, что выпяченный и пульсирующій родничокъ, встрѣчается при всякомъ сильномъ лихорадочномъ состояніи. *Выпячиваніе* и *пульсація* большого *родничка* могутъ считаться несомнѣнными симптомами *гипереміи мозга* лишь въ томъ случаѣ, если и то и другое оказывается постояннымъ, несмотря на *ослабленіе лихорадки* и притомъ существуетъ спячка или другіе симптомы пораженія мозга. Если фонтанель *высоко* подымается надъ краями окружающихъ ея костей и при давленіи на нее пальцемъ представляетъ *значительную резистенцію,* то это сильно говоритъ въ пользу экссудативнаго процесса въ мозгу, такъ какъ при лихо-

радочныхъ болѣзняхъ фонтанель, хотя и можетъ пульсировать и выпячиваться, но она оказывается легко вдавимой. Однако обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, потому что *отсутствіе усиленной резистенціи фонтанели не исключаетъ существованія экссудата въ полости черепа*. Если на основаніи тѣхъ или иныхъ соображеній мозговая болѣзнь можетъ быть исключена, то остается опредѣлить дѣйствительную причину судорогъ.

Причины судорогъ у дѣтей крайне разнообразны, такъ что въ этомъ отношеніи принято различать 4 вида эклямпсіи: 1) мозговая или симптоматическая (объ отличіи этой формы было уже говорено); 2) рефлекторная, зависящая отъ периферическаго раздраженія; 3) гематогенная, появляющаяся при различныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ и отравленіяхъ, и наконецъ 4) идіопатическая или эссенціальная эклямпсія, причины которой неизвѣстны. По мѣрѣ совершенствованія нашихъ свѣдѣній, число случаевъ этой послѣдней категоріи будетъ, конечно, постоянно уменьшаться.

Въ настоящее время сюда относятся судороги вслѣдствіе испуга и другихъ психическихъ вліяній, а также „безпричинныя" конвульсіи у вполнѣ здоровыхъ или анэмичныхъ дѣтей, которыя впослѣдствіи оказываются иногда эпилептиками.

Въ цѣляхъ діагностики всего лучше раздѣлить всѣ случаи эклямпсіи на двѣ категоріи: 1) судороги при повышенной температурѣ тѣла и 2) судороги безъ лихорадки.

Если лихорадки у ребенка не оказывается и если мозговая болѣзнь исключена, то на сужденіе о причинѣ судорогъ оказываетъ большое вліяніе возрастъ больного.

Безлихорадочныя судороги *у дѣтей отъ 4 до 12 лѣтъ* встрѣчаются вообще рѣдко; причиной ихъ всего чаще бываетъ *эпилепсія*. Общія судороги съ потерей сознанія и съ послѣдовательной кратковременной спячкой повторяются въ теченіе ряда лѣтъ черезъ различные промежутки времени отъ нѣсколькихъ недѣль до цѣлыхъ мѣсяцевъ; особенно характерно для эпилепсіи, если припадки появляются иногда по ночамъ, или если непосредственно передъ наступленіемъ пароксизма судорогъ больной жалуется на то или другое ощущеніе, извѣстное подъ именемъ ауры, будетъ ли то чувство дуновенія, идущаго какъ будто отъ пальцевъ кверху, или какія-либо галлюцинаціи зрѣнія или слуха и проч. Эпилепсическія судороги продолжаются всего минуты 2—3, но встрѣчаются случаи эпилепсіи съ гораздо менѣе продолжительными припадками и даже совсѣмъ безъ судорогъ или только съ легкими подергиваніями

мышцъ лица. Подобные абортивные припадки эпилепсіи (petit mal s. epilepsia mitior) выражаются тѣмъ, что ребенокъ среди полнаго здоровья вдругъ теряетъ сознаніе, рѣзко блѣднѣетъ и черезъ нѣсколько секундъ приходитъ въ себя; потеря сознанія проходитъ такъ скоро, что больной не успѣваетъ даже упасть; если непосредственно передъ наступленіемъ припадка онъ разговаривалъ, то останавливается на полусловѣ и по окончаніи припадка продолжаетъ свою рѣчь. — Во время припадка больной ничего не чувствуетъ, а по окончаніи его не помнитъ, что съ нимъ случилось что-то. Если такіе абортивные приступы эпилепсіи чередуются съ судорожными припадками, то діагностика легка, если же настоящихъ эпилепсическихъ приступовъ нѣтъ, то правильная оцѣнка случая возможна лишь на основаніи повторяемости время отъ времени *совершенно одинаковыхъ* припадковъ нѣсколько-секундной потери сознанія.

По отношенію діагностики эпилепсіи отъ уремическихъ судорогъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что послѣ настоящаго эпилепсическаго припадка въ мочѣ появляется обыкновенно бѣлокъ и гіалиновые цилиндры, но только и то и другое держится не долѣе 1—2 сутокъ.

Если больной никогда прежде судорогами не страдалъ и въ родословной его нѣтъ указаній на эпилепсію, то надо думать или на уремію (изслѣдованіе мочи, отеки), или на отравленіе, между прочимъ, сантониномъ и водкой (анамнезъ). У дѣтей старшаго возраста слѣдуетъ имѣть въ виду еще истерію и притворство, а у младшихъ (лѣтъ 4—5) засореніе желудка и глисты (изслѣдованіе испражненій на яйца и выходъ глистъ или ихъ члениковъ). Какъ на рѣдкую, но несомнѣнно возможную, причину судорогъ можно указать еще на инородное тѣло въ ухѣ, будетъ ли то большая, старая сѣрная пробка, или что-либо постороннее.

У дѣтей въ *возрастѣ отъ 6 мѣс. до $2^1/_2$ лѣтъ* безлихорадочныя судороги всего чаще встрѣчаются у *рахитиковъ* и въ особенности при спазмѣ голосовой щели. При изслѣдованіи такого ребенка легко констатировать рахитическія измѣненія въ костяхъ черепа (у дѣтей до года почти всегда ризмягченіе затылка) и грудной клѣтки, а въ анамнезѣ — приступы ларингоспазма; приступы эти, характеризующіеся свистящимъ вдыханіемъ, особенно часто (нѣсколько разъ въ день) являются у ребенка при крикѣ, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ они прекращаются такъ быстро, что не причиняютъ больному никакого вреда; однако нѣкоторые изъ нихъ достигаютъ такой степени, что ребенокъ совершенно не мо-

жетъ вздохнуть и вслѣдъ за этой апнеей впадаетъ въ общія судороги, которыя отъ всякихъ другихъ судорогъ отличаются тѣмъ, что или начало или конецъ приступа обозначается свистящимъ вдыханіемъ.

Эклямпсія встрѣчается иногда у рахитиковъ и безъ ларингоспазма, вслѣдствіе чрезмѣрной раздражительности ихъ нервной системы, подъ вліяніемъ ненормальнаго состоянія общаго питанія.

Рѣдко случается, чтобы судорогами страдали дѣти нерахитики; въ такомъ случаѣ раздражительность нервной системы развивается или на почвѣ анеміи, или подъ вліяніемъ наслѣдственности.

Эта послѣдняя причина выражается тѣмъ, что почти всѣ дѣти данной семьи въ извѣстномъ возрастѣ (на 1-мъ или на 2-мъ году) страдаютъ судорогами. Любопытный случай подобнаго рода „семейной эклямпсіи" приводитъ, напр., Bouchut: въ одной семьѣ было 10 человѣкъ дѣтей и всѣ страдали на 1-мъ году судорогами; одна изъ дѣвочекъ вышла впослѣдствіи замужъ, родила тоже 10 человѣкъ и изъ нихъ эклямпсія была у девяти.

Итакъ, главной причиной судорогъ у маленькихъ дѣтей является особое состояніе ихъ центральной нервной системы подъ вліяніемъ рахитизма, рѣже малокровія или наслѣдственнаго расположенія.

Расположеніе къ судорогамъ можетъ быть такъ велико, что припадки эклямпсіи нерѣдко появляются безъ всякой замѣтной случайной причины или подъ вліяніемъ самыхъ незначительныхъ поводовъ; у ребенка, расположеннаго къ спазму гортанной щели, общія судороги нерѣдко вызываются малѣйшимъ психическимъ возбужденіемъ и пруступы повторяются при каждомъ громкомъ крикѣ и т. п. При такихъ условіяхъ случается наблюдать у ребенка до 10—20 судорожныхъ приступовъ въ день.

Въ другихъ случаяхъ судороги появляются не иначе, какъ подъ вліяніемъ какой-нибудь опредѣленной причины, въ числѣ которыхъ самыми частыми надо считать лихорадочное состояніе и *засореніе желудка,* въ особенности запоръ. Несомнѣнно также, что случайной причиной судорогъ можетъ быть психическое возбужденіе (испугъ) и раздраженіе периферическихъ нервовъ, напр., при ожогахъ кожи, а также при *прорѣзываніи зубовъ.* Эклямпсія, зависящая отъ послѣдней причины, отличается отъ всякой другой эклямпсіи только тѣмъ, что приступы судорогъ появляются у ребенка при каждомъ новомъ прорѣзывающемся зубѣ (см. стр. 61).

У дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни судороги могутъ быть слѣдствіемъ коликъ (диспепсическій стулъ, вздутый животъ, продолжительный крикъ) или запора, или какихъ-либо погрѣшностей діэты.

Къ послѣдней категоріи Henoch (стр. 159) относитъ, напр., случаи эклямпсіи у грудныхъ дѣтей, пососавшихъ грудь сильно возбужденной кормилицы; сюда же принадлежитъ эклямпсія у дѣтей, поѣвшихъ трудноваримой для нихъ пищи; въ одномъ изъ моихъ случаевъ судороги у грудного ребенка были вызваны, напр., нѣсколькими ложками щей, у другого — чайной ложкой водки. Случаи, приведенные у Henoch'а, доказываютъ, что тѣ же причины могутъ вызвать судорги и у дѣтей 2—3 и даже 6-ти лѣтъ.

Для правильной оцѣнки подобныхъ случаевъ важно констатировать грубую погрѣшность діэты или запоръ въ послѣдніе дни передъ наступленіемъ судорогъ; нерѣдко имъ предшествуетъ рвота и лихорадочное состояніе; если запоръ смѣняется поносомъ (наступающимъ, такъ-сказать, самопроизвольно или послѣ слабительныхъ), то послѣдній характеризуется обыкновенно очень вонючими испражненіями.

По отношенію къ дѣтямъ первыхъ мѣсяцевъ жизни слѣдуетъ еще упомянуть, что причиной судорогъ у нихъ можетъ быть *затрудненное мочеиспусканіе*, вслѣдствіе сильной степени фимоза или мочевого песка; въ послѣднемъ случаѣ ребенокъ всякій разъ сильно кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и успокоивается послѣ опорожненія пузыря.

Наконецъ, безлихорадочная эклямпсія у грудныхъ дѣтей можетъ быть результатомъ пассивной гипереміи мозга, напр., при коклюшѣ или отекѣ и анеміи его при дѣтской холерѣ.

О лихорадочныхъ судорогахъ было говорено выше.

Судороги, характеризующія эклямпсію и появляющіяся приступами короткой продолжительности, но съ потерей сознанія, не имѣютъ никакого сходства съ тѣми почти безпрерывными, непроизвольными движеніями, которыя являются при полномъ сознаніи и характеризуютъ **пляску Св. Витта** — chorea. При этой послѣдней нѣтъ настоящихъ судорогъ, а есть только разстройство координаціи движеній, выражающееся тѣмъ, что мышцы не вполнѣ подчиняются волѣ: къ произвольнымъ движеніямъ примѣшиваются непроизвольныя, нарушающія правильность первыхъ. Неправильныя и непроизвольныя сокращенія мышцъ, свойственныя хореѣ, характеризуются тѣмъ, 1) что они прекращаются во время сна и 2) что усиливаются при психическомъ возбужденіи больного и при желаніи его произвести волевое движеніе. Разъ начавшись, хорея продолжается обыкновенно нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ (въ среднемъ — мѣсяца три). Въ самыхъ легкихъ случаяхъ вся болѣзнь выражается только

какъ бы безпокойствомъ мышцъ: больной не можетъ долго оставаться въ спокойномъ положеніи: то у него кисти рукъ согнутся и опять вытянутся, то плечо подымется, то гримаска въ лицѣ появится и т. п. Особенно легко замѣтить ненормальность движеній если заставить больного произвести какое-нибудь движеніе, напр., вытянуть руку, застегнуть пуговицу и т. п. Въ случаяхъ средней силы безпокойство мышцъ проявляется постоянно и тоже усиливается при произвольныхъ движеніяхъ; въ тяжелыхъ случаяхъ непроизвольныя движенія до такой степени мѣшаютъ всякимъ произвольнымъ, что является полное разстройство координаціи, такъ что больной не можетъ, напр., поднести ложку ко рту, не въ состояніи перекреститься и т. п. и долженъ лежать въ постели съ мягкими стѣнками, такъ какъ иначе подъ вліяніемъ безпрерывнаго движенія, совершаемаго и туловищемъ, и конечностями, онъ навѣрное упалъ бы на полъ. Хорея начинается или сразу довольно сильно, или разстройство координаціи является сначала въ слабой степени и преимущественно на одной сторонѣ и потомъ постепенно усиливается въ теченіе 2—4 недѣль, остается на достигнутомъ maximum'ѣ 1—2 мѣсяца и затѣмъ постепенно ослабѣваетъ.

Больной, перенесшій хорею, надолго остается расположеннымъ снова заболѣть этой болѣзнью, которая можетъ повторяться каждогодно въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ подъ рядъ.

Для діагностики хорея не представляетъ никакихъ затрудненій, такъ какъ своеобразныя движенія, характеризующія ее, настолько типичны, что стóитъ хоть разъ видѣть ихъ, чтобъ всегда узнать. Вопросъ можетъ итти только о причинѣ хореи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ,

Хорея можетъ быть симптомомъ хроническаго страданія мозга или является въ видѣ самостоятельной болѣзни, т.-е. чистаго нейроза.

Симптоматическая хорея принадлежитъ къ числу хроническихъ и неизлѣчимыхъ болѣзней и сопровождается еще и другими мозговыми симптомами, каковы упорная головная боль, параличи (особенно глазныхъ мышцъ), ослабленіе умственныхъ способностей, анэстезіи. Такъ какъ идіопатическая хорея почти никогда не встрѣчается у дѣтей въ возрастѣ до 5-ти лѣтъ, то всегда слѣдуетъ быть особенно осторожнымъ въ предсказаніи въ случаѣ появленія хореи у маленькихъ дѣтей.

Идіопатическая хорея всегда кончается выздоровленіемъ, хотя и тянется иногда до 6 мѣсяцевъ. Весьма рѣдко она встрѣчается у крѣпкихъ и на видъ здоровыхъ дѣтей подъ вліяніемъ какихъ-

либо случайныхъ причинъ, напр. испуга, обыкновенно же она развивается на почвѣ анеміи и наслѣдственной нервозности или же подъ вліяніемъ ревматизма; въ послѣднемъ случаѣ вовсе не необходимо, чтобъ былъ эндокардитъ; къ хореѣ можетъ вести какъ острый сочленовный, такъ и мышечный ревматизмъ (torticollis). Ревматическая хорея отличается отъ всякой другой только тѣмъ, что ей предшествуютъ или слѣдуютъ за ней ревматическія боли.

Гораздо рѣже, чѣмъ послѣ ревматизма, развивается хорея послѣ другихъ инфекціонныхъ болѣзней, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ надо поставить скарлатину.

Что касается до отношенія хореи къ порокамъ сердца, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что не всякій шумъ въ области сердца доказываетъ существованіе порока клапановъ и что сердечные шумы встрѣчаются при хореѣ значительно чаще, чѣмъ органическія болѣзни сердца. Эти функціональные шумы, зависящіе или отъ анеміи или отъ ненормальной дѣятельности папиллярныхъ мышцъ сердца, отличаются отъ настоящихъ шумовъ тѣмъ, что объемъ сердца при нихъ остается неувеличеннымъ и 2-й тонъ легочной артеріи неусиленнымъ; въ періодѣ выздоровленія функціональные шумы безслѣдно исчезаютъ.

Нѣкоторое сходство съ хореей, и именно съ начальнымъ ея періодомъ, могутъ имѣть мѣстныя клоническія судороги, напр. *мигательный спазмъ* и подергиванія мышцъ лица (непроизвольныя гримасы) или другихъ мышцъ, въ особенности шеи, вслѣдствіе чего ребенокъ дѣлаетъ своеобразныя движенія головой, выступающія тѣмъ яснѣе, чѣмъ больше занято вниманіе (напр. во время писанія, рѣшенія ариѳметическихъ задачъ и т. п.) Если подобные мѣстные спазмы мышцъ служатъ выраженіемъ начала хореи, то въ скоромъ времени, примѣрно недѣли черезъ двѣ, разстройство координаціи должно появиться и въ другихъ областяхъ тѣла и преимущественно въ рукахъ; если же мѣстный спазмъ является въ видѣ самостоятельнаго страданія, то онъ остается стаціонарнымъ въ теченіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ.

Къ той же категоріи мѣстныхъ клоническихъ судорогъ относится и такъ-называемый *spasmns nutans,* состоящій въ томъ, что ребенокъ постоянно дѣлаетъ кивательныя движенія головой (сгибаетъ и разгибаетъ голову) или всѣмъ туловищемъ. — Болѣзнь эта тянется обыкновенно нѣсколько недѣль, нерѣдко комбинируясь съ косоглазіемъ или дрожаніемъ глазныхъ яблокъ (nystagmus), и потомъ проходитъ, если только не зависитъ отъ центральнаго страданія.

По наблюденіямъ Henoch'а, spas. nutans нерѣдко быстро исчезаетъ вслѣдъ за выходомъ новаго зуба. Сюда же относится и постоянное, непроизвольное движеніе пальцевъ, страданіе, извѣстное подъ именемъ *атетоза* (athetosis). Эти движенія обыкновенно не прекращаются и во время сна. Страданіе это отличается чрезвычайно хроническимъ, многолѣтнимъ теченіемъ; оно комбинируется обыкновенно или съ парезами или съ какими-либо другими симптомами, указывающими на центральную причину атетоза, локализирующуюся, вѣроятно, въ мозговой корѣ.

Тетанія — Tetania. — Подъ именемъ тетаніи понимается симметрическое сведеніе кистей и пальцевъ рукъ, иногда и ступней, не зависящее отъ грубыхъ матеріальныхъ измѣненій въ центральной нервной системѣ.

Болѣзнь эта характеризуется своеобразной формой сведенныхъ членовъ: кисть сгибается въ запястномъ сочлененіи, большой палецъ пригибается къ ладони, а остальные 4 пальца, остающіеся вытянутыми въ межфаланговыхъ сочлененіяхъ, сгибаются въ пястнофаланговыхъ, при чемъ мизинецъ и указательный палецъ приближаются другъ къ другу и своими концами помѣщаются подъ безымяннымъ и среднимъ пальцемъ, такъ что вся кисть принимаетъ форму, очень напоминающую кисть акушера въ моментъ введенія ея in vaginam (Trousseau). — Пальцы ногъ тоже сгибаются лишь въ пястнофаланговыхъ сочлененіяхъ или остаются вытянутыми и растопыренными, а стопа принимаетъ положеніе, какъ при pes equinus.

Примѣрно въ половинѣ случаевъ поражаются только руки, а ноги остаются свободными; сравнительно рѣдко спазмъ распространяется на предплечья (сгибаніе рукъ въ локтевыхъ сочлененіяхъ) и на другія вышележащія мышцы.

Насильственное выпрямленіе сведенныхъ пальцевъ причиняетъ ребенку боль и непремѣнно вызываетъ съ его стороны плачъ. Сведеніе, разъ появившись, продолжается довольно продолжительное время отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней, не прекращаясь даже и во время сна. Сознаніе при тетаніи не нарушается; чувствительность кожи остается нормальной.

Сведеніе рѣдко кончается сразу, обыкновенно же оно принимаетъ перемежающееся теченіе, т.-е. сведеніе то исчезаетъ, то является снова, и такія перемѣны могутъ происходить по нѣскольку разъ въ день, при чемъ обыкновенно періоды сведеній въ общемъ занимаютъ гораздо больше времени, чѣмъ антракты.

Что касается до признака Trousseau (вызываніе приступа въ любое время антракта посредствомъ сдавленія соотвѣтствующей плечевой артеріи или нерва), то онъ, хотя и встрѣчается при тетаніи у дѣтей, но только далеко не постоянно.

Вся болѣзнь тянется такимъ образомъ отъ нѣсколькихъ дней до 2—6 недѣль и обязательно кончается выздоровленіемъ.

Въ этіологіи тетаніи главную роль играетъ рахитизмъ, и потому всего чаще она встрѣчается у дѣтей первыхъ двухъ лѣтъ жизни.

Въ числѣ случайныхъ причинъ нѣкоторые авторитетные авторы, напр. Henoch, приводятъ прорѣзываніе зубовъ, но гораздо чаще поводомъ къ появленію сведеній служатъ лихорадочныя болѣзни дыхательныхъ органовъ и катарры кишекъ.

Тетанія не имѣетъ ничего общаго съ **тетанусомъ**, при которомъ поражаются не кисти и ступни только, а всѣ мышцы туловища, конечностей и лица; при чемъ прежде всего поражаются жеватели, которые при тетаніи не подвергаются сведенію даже и въ тѣхъ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, когда спазмъ распространяется на мышцы затылка и туловища.

Сведеніе шейныхъ мышцъ.

Неподвижность шеи вслѣдствіе сведенія шейныхъ мышцъ встрѣчается у дѣтей нерѣдко. Если сведены задне-шейныя мышцы, то голова оттягивается назадъ (сведеніе затылка) и шея на задней своей поверхности образуетъ вогнутость; если же сведены тѣ или другія мышцы одной стороны, то голова склоняется къ плечу соотвѣтственной стороны (кривошеесть — torticollis). При легкихъ степеняхъ сведенія затылка голова не закидывается назадъ, а остается вытянутой и не можетъ быть пассивно согнута, а всякая попытка къ этому оказывается крайне болѣзненной, такъ что даже при спячкѣ, зависящей отъ менингита, когда уколы кожи не вызываютъ ужъ реакціи, дѣти при сведенномъ затылкѣ отвѣчаютъ на пассивное сгибаніе головы или стономъ, или искаженіемъ чертъ лица. Узнать сведеніе затылка, хотя бы и въ легкой степени, не трудно даже и у самыхъ маленькихъ дѣтей: для этого стоитъ только попытаться согнуть голову ребенка, находящагося въ лежачемъ положеніи на спинѣ; если сведенія затылка нѣтъ, то голова легко пригибается къ груди; въ противномъ же случаѣ, вмѣстѣ съ головой, которая остается вытянутой, подымается все туловище.

Острыя формы сведенія затылка всего чаще встрѣчаются при различныхъ формахъ *менингита* и въ особенности при эпидемическомъ цереброспинальномъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ, для діагностики котораго сведеніе затылка является чрезвычайно важнымъ симптомомъ, такъ какъ развивается очень рано, вмѣстѣ съ другими припадками раздраженія перваго періода менингита, такъ что, если приходится имѣть дѣло съ больнымъ, который только день или два назадъ заболѣлъ жаромъ и головной болью и который жалуется на сильную боль въ спинѣ, усиливающуюся при каждомъ движеніи и особенно при сгибаніи спины (переходъ изъ лежачаго въ сидячее положеніе) и если у него есть сведеніе затылка, то можно діагносцировать цереброспинальный менингитъ, хотя бы сознаніе было совсѣмъ еще въ порядкѣ и не было бы ни запора, ни замедленнаго пульса.

При туберкулезномъ менингитѣ или при простой острой головной водянкѣ сведеніе затылка встрѣчается нерѣдко, но только никогда съ первыхъ дней болѣзни, а много позднѣе, именно въ періодѣ потемнѣнія сознанія и спячки. Въ анамнезѣ тогда можно констатировать, что дней за 10 до появленія сведенія затылка и сонливости у ребенка была упорная (б. ч. многодневная) рвота и запоръ, при ничтожномъ лихорадочномъ состояніи и при замедленномъ пульсѣ.

Если сведеніе затылка появляется у больного послѣ нѣсколькихъ дней сильнаго жара, то на основаніи этого симптома отнюдь еще нельзя ставить діагностики менингита даже и въ томъ случаѣ, если больной находится въ сонливомъ, полубезсознательномъ состояніи и въ бреду и у него ясно выражена общая гиперэстезія кожи, такъ какъ точно такая же картина можетъ встрѣтиться въ тяжелыхъ случаяхъ *тифа* и *рекуррента*. Высокія температуры (40° и больше), свойственныя тяжелымъ случаямъ этихъ болѣзней, значительно способствуютъ выясненію дѣла. Что у больного не цереброспинальный менингитъ, видно изъ того, что сведеніе затылка появилось слишкомъ поздно (примѣрно на второй недѣлѣ); противъ туберкулезнаго менингита говорятъ слишкомъ высокія температуры и, можетъ быть, отсутствіе начальной рвоты (которая при тифахъ встрѣчается не часто, да притомъ никогда не бываетъ упорной). Понятно, что если врачъ можетъ убѣдиться въ существованіи у больного свѣжей опухоли селезенки и тифозной розеолы, то діагностика тифа ему будетъ легка. Очень рѣдко случается, чтобъ сведеніе затылка присоединилось къ тифу съ первыхъ дней

болѣзни; въ такомъ случаѣ діагностика въ теченіе нѣсколькихъ дней остается сомнительной. Мнѣ случалось наблюдать только одинъ такой случай у еврейскаго мальчика 6 лѣтъ, вслѣдствіе осложненія тифа острымъ ревматизмомъ шейныхъ мышцъ (мальчикъ и прежде не разъ страдалъ сведеніемъ шейныхъ мышцъ). Цереброспинальный менингитъ въ этомъ случаѣ могъ быть исключенъ въ виду отсутствія боли въ спинѣ, гиперэстезіи кожи и начальной рвоты.

Если неподвижность головы вслѣдствіе сведенія шейныхъ мышъ является *въ хроническомъ видѣ,* то почти навѣрное она зависитъ *отъ спондилита* въ шейной части позвоночника; голова въ такихъ случаяхъ назадъ не закидывается, а остается вытянутой (см. гл. о Поттовой болѣзни).

Острыя формы боковыхъ искривленій шеи (torticollis) всего чаще встрѣчаются при *ревматизмѣ m. sternocleidomastoidei* или musculi cucullaris или m. splenii. При сведеніи m. st. cl. mast. голова склоняется на сторону больного мускула, тогда какъ лицо обращается въ другую сторону и подбородокъ нѣсколько приподымается. При одностороннемъ сокращеніи m. cucullaris голова тоже склоняется на больную сторону и нѣсколько назадъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ подымается и соотвѣтственное плечо; при пораженіи m. splenii подбородокъ не подымается кверху и лицо не поворачивается къ здоровой сторонѣ, а голова просто склоняется къ плечу больной стороны. Діагностика облегчается еще и тѣмъ, что пораженныя мышцы прощупываются болѣе плотными, напряженными. Ставить діагностику ревматизма шейныхъ мышцъ можно только въ томъ случаѣ, если отсутствіе болѣзненности въ позвонкахъ исключаетъ *synovitis vertebralis* и если нѣтъ никакихъ признаковъ воспаленія шейныхъ железъ, подкожной клѣтчатки или заднеглоточнаго нарыва, при которомъ часто бываетъ неправильное положеніе головы. Въ дѣйствительности torticollis rheumatica встрѣчается, можетъ быть, вовсе не такъ часто, какъ вообще думаютъ, такъ какъ большинство относящихся сюда случаевъ при ближайшемъ изслѣдованіи позвоночника оказывается ничѣмъ инымъ, какъ синовитомъ (Spondylarthritis cervicalis Volkmann'a) боковыхъ сочлененій позвоночника. Эти синовиты могутъ имѣть ревматическое или травматическе происхожденіе или они развиваются послѣ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности послѣ скарлатины. Сходство съ ревматическимъ torticollis особенно бросается въ глаза въ силу того, что положеніе головы совершенно соотвѣтствуетъ одностороннему сведенію m. st. cl. mast.: голова склоняется на здоровую сторону, а лицо пово-

рачивается къ больной сторонѣ и подбородокъ нѣсколько приподымается. Діагностика легко выясняется тѣмъ, что сведенный мускулъ не болѣзненъ, а давленіе вызываетъ живую боль, если производится съ одной стороны остистыхъ отростковъ. Иногда кривошеесть появляется въ видѣ типически возвращающихся приступовъ и быстро уступаетъ хинину, т.-е. должна быть разсматриваема, какъ febr. intermittens larvata.

Хроническіе случаи боковыхъ искривленій шеи могутъ имѣть *врожденное происхожденіе* (вслѣдствіе надрыва m. st. cl. mast. во время родовъ) и тогда половина головы, соотвѣтствующая сведенному мускулу, представляетъ замѣтную степень атрофіи или отсталости въ развитіи.

Семіотика параличей.

Подъ именемъ паралича понимается неспособность къ произвольному движенію, зависящая или отъ нарушенія проводимости волевыхъ импульсовъ по нервнымъ элементамъ (невропатическій параличъ), или отъ утраты мышечной сократительности, вслѣдствіе заболѣванія самой мышцы (міопатическій параличъ). Слѣдовательно, нельзя ставить діагностику паралича только на томъ основаніи, что ребенокъ держитъ неподвижно ту или другую конечность; но надо доказать сначала, что неподвижность эта зависитъ отъ разстройства иннерваціи нервномышечнаго аппарата, а не обусловливается, напр., болью при воспаленіи сочлененія или страданіемъ костей и проч.

Въ дѣтскомъ возрастѣ, какъ и у взрослыхъ, параличи отличаются различнымъ характеромъ, въ зависимости отъ того, какія части нервной системы поражены; если параличъ зависитъ отъ страданія моторныхъ частей мозговой коры или пирамидныхъ путей головного и спинного мозга, то онъ характеризуется особенностями такъ-называемаго *центральнаго паралича*; если же пораженіе занимаетъ передніе столбы сѣраго вещества спинного мозга (ядерные параличи) или периферическіе нервы (периферическіе параличи въ тѣсномъ смыслѣ слова), то онъ отличается признаками *периферическаго паралича*.

Главныя отличія центральнаго паралича отъ периферическаго состоятъ въ слѣдующемъ: 1) *распространеніе паралича* — диффузный параличъ, въ особенности параличъ одной половины тѣла говоритъ въ пользу центральнаго его происхожденія, тогда какъ

параличъ отдѣльныхъ мышцъ или мышечныхъ группъ, словомъ, ограниченность паралича указывается на его периферическую натуру.

2) *Отношеніе парализованныхъ мышцъ къ электрическому току.* При центральныхъ параличахъ реакція нервовъ и мышцъ на электрическое раздраженіе, какъ постояннымъ, такъ и прерывистымъ токомъ не представляетъ рѣзкихъ измѣненій, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ не очень застарѣлыхъ (напр. 2—3 мѣсяца); позднѣе же электровозбудимость измѣняется только количественно, а не качественно, т.-е она просто понижается. Напротивъ того, при ядерныхъ и чисто периферическихъ параличахъ фарадическая возбудимость какъ въ нервахъ, такъ и въ мышцахъ начинаетъ быстро падать уже черезъ нѣсколько дней послѣ развитія паралича. По отношенію къ гальваническому току нервная возбудимость тоже падаетъ, а при прямомъ раздраженіи мышцъ оказывается не только количественное ослабленіе возбудимости, но и качественное ея измѣненіе, выражающееся извращеніемъ физіологическаго закона сокращенія мышцъ при замыканіи и отмыканіи тока. Въ нормальномъ состояніи мышца реагируетъ на слабый токъ моментальнымъ подергиваніемъ только въ моментъ замыканія катодомъ (КЗС); если токъ постепенно усиливать, то такія же моментальныя сокращенія начинаютъ появляться также при замыканіи и отмыканіи анодомъ, а при замыканіи катодомъ дѣлаются сильнѣе (КЗС >АЗС и АОС); если токъ еще усилить, то сокращеніе появляется и при отмыканіи катодомъ. Значитъ, въ нормальномъ состояніи замыканіе катодомъ раздражаетъ мышцу сильнѣе, чѣмъ отмыканіе катодомъ, но въ патологическихъ случаяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, получается извращеніе этого закона, извѣстное подъ именемъ *реакціи перерожденія*. Эта реакція характеризуется тѣмъ, что первое сокращеніе мышцъ при постепенномъ усиленіи самаго слабаго тока наступаетъ при замыканіи анодомъ, потомъ, при болѣе сильномъ токѣ, при замыканіи катодомъ (АЗС< КЗС). Кромѣ того, и самое сокращеніе мышцъ измѣняется; оно изъ моментальнаго превращается въ вялое, продолжительное. Ко времени появленія реакціи перерожденія фарадическая возбудимость въ нервахъ и мышцахъ обыкновенно ужъ совсѣмъ исчезаетъ. Хотя реакція перерожденія всегда указываетъ на периферическое (или ядерное) происхожденіе паралича, но для послѣдняго она все-таки необязательна, а потому отсутствіе ея не позволяетъ сдѣлать обратнаго заключенія.

3) *Состояніе мышцъ.* Мышечный тонусъ при параличѣ можетъ представляться усиленнымъ или ослабленнымъ; въ первомъ случаѣ

парализованныя мышцы видимо напряжены и на ощупь плотны, во второмъ онѣ разслаблены и дряблы. Усиленіе мышечнаго тонуса встрѣчается при центральныхъ параличахъ, а разслабленіе мышцъ — при периферическихъ и ядерныхъ. *Атрофія* парализованныхъ *мышцъ* наступаетъ очень скоро при периферическихъ параличахъ и очень медленно при центральныхъ.

4) *Сухожильные рефлексы* при полномъ параличѣ сохраняются только въ случаѣ ихъ центральнаго происхожденія. Такъ какъ сухожильные рефлексы повышаются при всякомъ усиленіи мышечнаго тонуса, то всѣ спастическіе параличи бываютъ тоже центральнаго происхожденія, тогда какъ периферическій (или ядерный) параличъ, характеризующійся разслабленіемъ мышцъ, т.-е. пониженіемъ ихъ тонуса, сопровождается значительнымъ ослабленіемъ или полнымъ уничтоженіемъ сухожильныхъ рефлексовъ. Сохраненіе *кожныхъ рефлексовъ* болѣе свойственно тоже центральнымъ параличамъ.

Я не могу, конечно, входить въ обсужденіе діагностики всевозможныхъ параличей, такъ какъ для этого пришлось бы зайти слишкомъ далеко въ область невропатологіи, и я предпочитаю лучше сослаться въ этомъ отношеніи на руководства по нервнымъ болѣзнямъ, а ограничусь только краткимъ изложеніемъ дифференціальной діагностики параличей, свойственныхъ дѣтскому возрасту по преимуществу.

Параличи съ разслабленіемъ мышцъ.

Дѣтскій параличъ или множественное *воспаленіе переднихъ роговъ сѣраго вещества спинного мозга*, poliomyelitis anterior acutissima s. paralysis spinalis infantum s. par. essentialis. Этотъ своеобразный параличъ, зависящій отъ чрезвычайно остраго воспаленія переднихъ сѣрыхъ столбовъ спинного мозга, называется „дѣтскимъ“ параличомъ потому, что онъ встрѣчается почти исключительно только у маленькихъ дѣтей, преимущественно на 1-мъ и 2-мъ году жизни, нѣсколько рѣже въ возрастѣ 3-хъ и 4-хъ лѣтъ, гораздо рѣже у дѣтей послѣ 6-ти лѣтъ и только, въ видѣ крайне рѣдкаго исключенія, у субъектовъ взрослыхъ. Обстоятельство это имѣетъ, конечно, и діагностическое значеніе.

Этіологія страданія темна; въ большинствѣ случаевъ не удается открыть никакой причины (инфекція?); въ другихъ случаяхъ спинальный параличъ развивается послѣ простуды или послѣ остролихорадочныхъ болѣзней.

Спинальный дѣтскій параличъ характеризуется слѣдующими особенностями: 1) *Онъ развивается внезапно* или среди полнаго здоровья (напр. такимъ образомъ, что ребенокъ легъ спать здоровымъ, а проснулся съ параличомъ одной или нѣсколькихъ конечностей) или послѣ 3—5-дневнаго продромальнаго періода, во время котораго больной находился въ умѣренномъ лихорадочномъ состояніи (38—39); не особенно рѣдко начало болѣзни обозначается рвотой и повторными или однократными приступами эклямпсіи. Когда черезъ нѣсколько дней лихорадочное состояніе прекращается, то параличъ оказывается уже развитымъ во всей своей силѣ.

2) Въ началѣ своего появленія параличъ бываетъ обыкновенно распространенный, поражаетъ, напр., всѣ четыре конечности или даже и мышцы туловища (kyphosis и scoliosis), но въ теченіе слѣдующихъ недѣль и даже дней многія изъ парализованныхъ мышцъ возвращаются къ нормѣ и въ концѣ-концовъ параличъ можетъ ограничиться одной конечностью, да и то не всей, а лишь нѣкоторыми мышцами и въ такомъ видѣ онъ остается на долгое время или навсегда. Самый долгій срокъ, въ теченіе котораго еще можно надѣяться на устраненіе паралича, считается приблизительно въ 9 мѣсяцевъ; что не прошло къ этому сроку, то ужъ не пройдетъ.

3) При дѣтскомъ параличѣ никогда *не страдаетъ ни чувствительность кожи, ни сфинктеры* пузыря и прямой кишки. Если въ области паралича наблюдаются какія-либо разстройства въ сферѣ чувствительности, будутъ ли это боли или анэстезіи, или гиперэстезіи, то навѣрное можно сказать, что это не poliomyelitis anterior; что касается до разстройства моче-отдѣленія, то если иногда оно и встрѣчается, то только въ первые дни заболѣванія и не надолго.

4) Парализованныя мышцы всегда оказываются въ разслабленномъ состояніи, а оттого и сухожильные рефлексы или совсѣмъ уничтожены или значительно понижены (сохранены въ непарализованныхъ мышцахъ).

Въ дальнѣйшемъ теченіи появляются еще три важныхъ признака: 5) *атрофія мышцъ,* замѣтная ужъ недѣли черезъ двѣ отъ начала паралича; 6) *быстрое паденіе фарадовозбудимости* въ нервахъ и мышцахъ парализованной конечности и появленіе реакціи перерожденія. (Пониженіе электровозбудимости можно констатировать ужъ чрезъ нѣсколькихъ дней, а недѣли черезъ 2 появляется и реакція перерожденія въ наиболѣе пострадавшихъ мышцахъ). Если со временемъ электровозбудимость какъ въ нервахъ, такъ и въ мышцахъ совсѣмъ исчезаетъ и не появляется даже по прошествіи 8—10 мѣ-

сяцевъ, то это весьма дурной признакъ, указывающій на неизлѣчимость паралича; 7) *трофическія разстройства,* выражающіяся значительнымъ похуданіемъ конечности, рядомъ съ пониженіемъ темратуры кожи и отсталостью въ ростѣ ея сравнительно съ здоровой стороной. Напротивъ того, пролежней никогда не бываетъ.

Такъ какъ параличъ локализируется не во всѣхъ мышцахъ конечности, а только въ нѣкоторыхъ, то современемъ развиваются обыкновенно контрактуры отъ сокращенія уцѣлѣвшихъ антагонистовъ. На ногѣ стойкій параличъ всего чаще остается въ m. peroneus longus, въ рукѣ—deltoideus.

При poliomyelitis anterior всего чаще стойкій параличъ поражаетъ одну конечность ($^2/_3$ всѣхъ случаевъ) и именно ногу — monoplegia; рѣже парализуются обѣ ноги — paraplegia, еще рѣже — обѣ руки (paraplegia cervicalis) или рука одной стороны и нога другой (par. cruciata).

На основаніи приведенныхъ признаковъ діагностика спинальнаго паралича не трудна.

Въ *свѣжихъ случаяхъ* наибольшее сходство съ спинальнымъ параличомъ представляетъ т.-н. церебральный параличъ Strümpel'я, описанный имъ подъ именемъ *polioencephalitis acuta,* анатомическая сущность котораго состоитъ въ остромъ воспаленіи съ послѣдовательнымъ склерозомъ и атрофіей сѣраго вещества коры полушарій.

Сходство свѣжихъ случаевъ церебральнаго и спинальнаго параличей состоитъ съ слѣдующемъ: 1) какъ тотъ, такъ и другой встрѣчаются, главнымъ образомъ, у дѣтей первыхъ трехъ лѣтъ жизни; при чемъ причина болѣзни остается обыкновенно неизвѣстной. (Мнѣніе Strümpel'я, что въ обоихъ случаяхъ дѣло идетъ вѣроятно о вліяніи какой-нибудь инфекціи, которая въ однихъ случаяхъ локализируется въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, въ другихъ—головного, нашло себѣ подтвержденіе въ наблюденіи Moebius'а: въ одной семьѣ сразу заболѣли двое дѣтей параличомъ; у одного изъ нихъ оказалась poliomyelitis anterior, а у другого — polioencephalitis. Медиц. Обозр. т. XXVI, стр. 891). 2) Параличъ развивается быстро послѣ нѣсколькодневнаго лихорадочнаго періода, начинающагося рвотой и судорогами (послѣдніе два симптома могутъ отсутствовать не только при спинальномъ, но даже и при церебральномъ параличѣ). 3) Въ обоихъ случаяхъ параличъ можетъ локализироваться въ одной какой-либо конечности или только въ нѣкоторыхъ мышцахъ ея. 4) Чувствительность кожи, равно какъ мочевой пузырь и rectum остаются нетронутыми.

Тѣмъ не менѣе, дифференціальная діагностика въ большинствѣ случаевъ не трудна; она основывается на слѣдующихъ данныхъ: 1) Церебральный параличъ всегда бываетъ одностороннимъ и, въ случаѣ пораженія двухъ конечностей, является въ формѣ гемиплегіи. Это самая частая форма; а если поразизуется одна конечность, то гораздо чаще рука, чѣмъ нога, тогда какъ при спинальномъ параличѣ всего чаще парализуется или одна нога, или обѣ ноги, но очень рѣдко одна рука. 2) Иногда парализуется n. facialis или глазныя мышцы (косоглазіе). 3) Атрофія мышцъ и отсталость въ развитіи парализованной конечности развивается гораздо медленнѣе и не достигаетъ такой степени, какъ при спинальномъ параличѣ. Замѣтное похолоданіе конечности и синеватая окраска покрововъ свойственны только спинальному параличу.

Особенно важно для дифференціальной діагностики: 4) что при церебральномъ параличѣ *никогда* не появляется въ парализованныхъ мышцахъ *реакціи перерожденія*; напротивъ того, не только гальваническая, но и фарадическая нервная и мышечная возбудимость вполнѣ сохраняются въ теченіе долгаго времени, тогда какъ при спинальномъ и та и другая быстро падаютъ; 5) что парализованныя мышцы *не разслаблены*, а замѣтно напряжены, а потому и *сухожильные рефлексы* значительно *усилены*, и 6) что нерѣдко замѣчаются у больного *моторныя явленія раздраженія*, то въ видѣ обыкновенной или корковой эпилепсіи (одностороннія судороги на сторонѣ паралича безъ потери сознанія), то въ формѣ атетоза или хореи. Иногда страдаетъ способность рѣчи. Что касается до умственной дѣятельности, то она не представляетъ постоянныхъ измѣненій: въ однихъ случаяхъ интеллектъ больныхъ остается нормальнымъ, въ другихъ — болѣе или менѣе сильно страдаетъ.

Помимо поліэнцефалита къ быстрому развитію гемиплегіи могутъ вести также кровоизліянія въ мозгъ или эмболія мозговыхъ сосудовъ. Какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей гемиплегіи подобнаго происхожденія характеризуются внезапнымъ появленіемъ безъ продромальной лихорадки и безъ судорогъ, но при наличности извѣстныхъ этіологическихъ моментовъ. Такъ, для эмболіи можетъ имѣть значеніе порокъ сердечныхъ клапановъ, а для кровоизліянія — сильные пароксизмы кашля, напр. при коклюшѣ, — временная кровоточивость, какъ напр. при Верлгофовой болѣзни, — разстройство дыханія и кровообращенія, вслѣдствіе судорогъ.

Въ запущенныхъ случаяхъ, т. е. въ періодѣ развитія атрофіи парализованныхъ мышцъ, за poliomyelitis легко можетъ быть при-

нято: а) множественное воспаленіе нервовъ; в) острый міэлитъ; в) прогрессивная мышечная атрофія, и г) хроническое воспаленіе оболочекъ спинного мозга.

а) **Множественное воспаленіе нервовъ** — neuritis multiplex въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается вѣроятно значительно чаще, чѣмъ можно бы думать, судя по скуднымъ литературнымъ даннымъ. Сходство ея съ поліоміэлитомъ состоитъ, главнымъ образомъ, въ томъ, что параличъ въ обоихъ случаяхъ имѣетъ свойства периферическаго, т. е. электровозбудимость къ обоимъ родамъ токовъ въ пораженныхъ нервахъ и мышцахъ быстро падаетъ и потомъ совсѣмъ пропадаетъ или является реакція перерожденія; парализованныя мышцы разслаблены и въ скоромъ времени подвергаются атрофіи; сухожильные и кожные рефлексы понижены или уничтожены, мочевой пузырь и rectum не поражены. Есть также сходство и со стороны этіологіи (простуда, инфекціонныя болѣзни).

Какъ на патогномоничный признакъ множественнаго нейрита, рѣзко отличающій его отъ поліоміэлита, можно указать на *сильную боль,* появляющуюся въ пораженныхъ членахъ ужъ съ самаго начала болѣзни и на болѣзненную чувствительность къ давленію нервныхъ стволовъ и мышцъ въ области паралича; эта послѣдняя остается въ нервахъ надолго и въ періодѣ атрофіи.

Дальнѣйшія отличія состоятъ въ слѣдующемъ: множественный нейритъ бываетъ обыкновенно двустороннимъ и *симметричнымъ,* параличи бываютъ сильнѣе выражены на *периферіи конечностей;* онъ начинается съ лихорадочнаго состоянія, которое достигаетъ болѣе высокихъ градусовъ и держится гораздо дольше, чѣмъ при поліоміэлитѣ (при послѣднемъ 3 — 5 дней, а тамъ нерѣдко до нѣсколькихъ недѣль); множественный нейритъ не оказываетъ предпочтенія дѣтямъ первыхъ лѣтъ жизни; чувствительность кожи при немъ въ началѣ болѣзни усиливается до степени чрезвычайной гиперэстезіи, которая уступаетъ мѣсто полной или неполной анэстезіи или различнымъ парестэзіямъ, въ видѣ ползанія мурашекъ, онѣмѣнія пальцевъ и проч. Параличи при neuritis multip. развиваются *послѣ боли* и являются не сразу во всей своей силѣ, а постепенно распространяются на новыя группы мышцъ, начиная съ периферіи (голени и предплечья, потомъ бедро и плечо), тогда какъ при поліоміэлитѣ какъ-разъ наоборотъ: сначала поразится наибольшее число мышцъ, а позднѣе районъ паралича постепенно уменьшается. Параличи при нейритѣ могутъ окончательно исчезнуть даже и въ случаяхъ полной потери электровозбудимости, чего при

поліоміэлитѣ обыкновенно не бываетъ. Разница эта объясняется тѣмъ, что возстановленіе воспалительно-перерожденныхъ нервовъ совершается сравнительно легко, тогда какъ возрожденіе клѣтокъ сѣраго вещества спинного мозга невозможно.

При нейритѣ, вслѣдствіе пораженія вазомоторовъ, нерѣдко появляется отекъ кистей или стопъ, чего при поліоміэлитѣ не бываетъ.

б) Параличъ съ разслабленіемъ мышцъ развивается иногда очень быстро при **воспаленіи** всего поперечника **спинного мозга** (myelitis transversa). Въ мышцахъ, соотвѣтствующихъ разрушеннымъ клѣткамъ переднихъ роговъ, можетъ наступить довольно скоро не только паденіе электровозбудимости, но и реакція перерожденія и уничтоженіе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ; но этимъ только и ограничивается сходство, а отличія такъ рѣзки, что смѣшеніе myelitis transversae съ poliomyelitis при постели больного невозможно. Поперечный міэлитъ всегда вызываетъ *параплегію вмѣстѣ съ анэстезіей,* по верхней границѣ которой можно судить о мѣстѣ пораженія спинного мозга; такъ напр.: при разрушеніи поясничной части анэстезія распространяется до верхней границы таза; при пораженіи нижней грудной части — до пупка или мечевиднаго отростка; если поражена верхняя грудная часть, то анэстезія можетъ доходить до верхнихъ реберъ; наконецъ, при пораженіи шейной части появляется параличъ и анэстезія верхнихъ конечностей. Другой характерный признакъ міэлита состоитъ въ *параличѣ сфинктеровъ* пузыря и прямой кишки. Если поясничная часть спинного мозга здорова, то хотя мочевой пузырь и rectum анэстезированы и не подчиняются волѣ, но полнаго недержанія все-таки не будетъ, такъ какъ сфинктеры дѣйствуютъ еще рефлекторно.

Какъ на особенность параличей, зависящихъ отъ myelites transv.. можно указать еще на чрезвычайную наклонность къ появленію пролежней въ парализованныхъ частяхъ, что вовсе не встрѣчается при поліоміэлитѣ.

в) **Прогрессивная атрофія мышцъ** встрѣчается у дѣтей не особенно рѣдко и притомъ въ различныхъ формахъ, извѣстныхъ подъ названіями юношеской атрофіи Erb'a, простой мышечной атрофіи и ложной гипертрофіи мышцъ. Но такъ какъ всѣ эти формы развиваются подъ вліяніемъ одной и той же причины, — именно наслѣдственнаго расположенія, и между типическими представителями всѣхъ этихъ группъ существуютъ всевозможныя переходныя формы, то мы не будемъ описывать ихъ отдѣльно, а скажемъ только, что всѣ онѣ относятся къ т.-н. міопатическимъ мышечнымъ атрофіямъ,

тогда какъ спинальная форма мышечной атрофіи, зависящая отъ хроническаго дегенеративнаго процесса въ переднихъ столбахъ сѣраго вещества, а также въ переднихъ корешкахъ, нервныхъ стволахъ и мышцахъ, и характеризующаяся тѣмъ, что атрофія прежде всего поражаетъ ручныя кисти и потомъ постепенно, но прогрессивно, скачками, распространяется на большую часть мышцъ конечностей и туловища (но не на лицо), что въ пораженныхъ мышцахъ часто являются фибриллярныя сокращенія (почти вовсе несвойственныя міопатическимъ формамъ), а иногда и реакція перерожденія (никогда при міопатическихъ формахъ), въ дѣтскомъ возрастѣ едва ли когда встрѣчается.

При всѣхъ формахъ прогрессивной мышечной атрофіи (не исключая и спинальной) *параличъ наступаетъ послѣ атрофіи* и *развивается крайне медленно;* электровозбудимость въ парализованныхъ мышцахъ сохраняется долго, именно до тѣхъ поръ, пока осталось еще сколько-нибудь нормальныхъ волоконъ; но она, по мѣрѣ развитія атрофіи, постепенно падаетъ; всѣхъ этихъ признаковъ вполнѣ достаточно для отличія прогрессивной мышечной атрофіи отъ атрофіи мышцъ вслѣдствіе поліоміэлита. Въ большинствѣ случаевъ діагностику легко поставить даже и безъ анамнеза и безъ изслѣдованія электрической возбудимости, а прямо на основаніи распространенія атрофіи: при прогрессивной мышечной атрофіи процессъ распространяется обыкновенно *симметрично,* часто поражаются мышцы *плеча* и *туловища,* чего при поліоміэлитѣ обыкновенно не бываетъ, такъ какъ при немъ всего чаще парализуются нѣкоторыя мышцы одной ноги.

Отдѣльныя формы мышечной атрофіи отличаются между собой слѣдующими особенностями: *ложная гипертрофія мышцъ* характеризуется тѣмъ, что вслѣдствіе гиперплязіи межмышечной соединительной и жировой ткани, въ нѣкоторыхъ мышцахъ происходитъ болѣе или менѣе замѣтное увеличеніе ихъ, не смотря на то, что онѣ находятся въ состояніи паралича или значительной слабости и что другія мышцы подвергаются простой атрофіи (гипертрофированными всего чаще оказываются икры, ягодицы, четырехглавый мускулъ, а атрофированными — мышцы туловища, лопатокъ и рукъ). Такъ какъ болѣзнь эта начинается обыкновенно въ раннемъ дѣтствѣ и прежде всего съ ногъ, то такія дѣти очень поздно выучиваются ходить и вообще плохо ходятъ, особенно по лѣстницѣ.

Простая мышечная атрофія отличается отъ предыдущей только тѣмъ, что при ней не бываетъ увеличенія объема мышцъ, но близ-

кое родство этихъ двухъ формъ выражается въ томъ, что дѣло можетъ начаться съ простой атрофіи, а потомъ присоединяется ложная гипертрофія нѣкоторыхъ мышцъ.

Для отличія этихъ двухъ формъ отъ прогрессивной спинальной атрофіи достаточно обратить вниманіе на раннiй возрастъ больныхъ и на то, что ноги поражаются раньше рукъ.

Юношеская форма атрофіи, хотя тоже имѣетъ наслѣдственное происхожденіе и нерѣдко встрѣчается у нѣсколькихъ дѣтей одной и той же семьи, но въ отличіе отъ предыдущихъ она не щадитъ и дѣвочекъ и чаще начинается не съ ногъ, а съ плеча. Отъ спинальной формы: что кисти и предплечья не поражаются, въ больныхъ мышцахъ почти никогда не бываетъ фибриллярныхъ сокращеній; иногда встѣчается ложная гипертрофія нѣкоторыхъ мышцъ.

г) Параличи съ атрофіей и разслабленіемъ мышцъ иногда остаются послѣ тяжелыхъ случаевъ остраго *воспаленія оболочекъ спинного мозга*—leptomeningitis spinalis acuta. Въ такихъ случаяхъ развитію параличей предшествуютъ сильныя явленія раздраженія въ видѣ, во 1-хъ, сильныхъ болей въ спинѣ, усиливающихся при движеніи и при давленіи на остистые отростки, болей въ конечностяхъ (раздраженіе заднихъ корешковъ) и общей гиперэстезіи, и во 2-хъ—сведенія спинныхъ и затылочныхъ мышцъ (раздраженіе переднихъ корешковъ). Позднѣе, вмѣстѣ съ параличами развиваются и анэстезіи. Начало болѣзни обыкновенно бываетъ очень острымъ съ сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ.

Поводомъ къ ошибочной діагностикѣ моноплегіи вслѣдствіе поліоміэлита могутъ служить т.-н. *ложные параличи*, къ каковой категоріи мы относимъ случаи неподвижности члена не вслѣдствіе разстройства иннерваціи, а просто по причинѣ боли въ сочлененіи или въ костяхъ. Такъ напр., ребенокъ отказывается поднять руку при синовитѣ плечевого сочлененія и т. п. Понятно, что у ребенка болѣе взрослаго ошибочной оцѣнки подобнаго случая произойти не можетъ, такъ какъ онъ самъ укажетъ на боль, какъ на причину неподвижности, но у грудного, напр., это возможно, если врачъ повѣритъ матери на слово, что у ребенка сразу отнялась ручка. Избѣгнуть столь грубой ошибки, конечно, легко даже и въ томъ случаѣ, если нѣтъ замѣтной опухоли сочлененія, такъ какъ всегда есть сильная боль при пассивныхъ движеніяхъ.

Какъ на причину ложнаго паралича, спеціально свойственнаго дѣтямъ первыхъ недѣль или мѣсяцевъ жизни, надо указать на *эпифизарный сифилисъ* наслѣдственнаго происхожденія.

Въ основѣ этого процесса, какъ показалъ проф. Минхъ (Моск. Мед. Газ. 1878 г.), лежитъ periarteriitis syphilitica костныхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего развивается некрозъ эндохондральной кости, который, въ свою очередь, вызываетъ реакцію со стороны хряща, выражающуюся развитіемъ грануляціонной ткани сначала въ каналахъ подготовительнаго пояса, а потомъ совсѣмъ отдѣляющую хрящъ отъ діафиза; кромѣ того, является реакція и со стороны надкостницы въ видѣ хроническаго воспаленія этой послѣдней. Страдаютъ, слѣдов., не эпифизы только, а вся кость цѣликомъ.

При жизни процессъ этотъ выражается болѣзненной припухлостью концовъ пораженныхъ костей и иногда крепитаціей въ мѣстѣ отдѣленнаго эпифиза. Всего чаще процессъ занимаетъ длинныя кости верхнихъ конечностей и отъ боли ли или отъ другой какой-нибудь причины онъ часто сопровождается полной неподвижностью больной конечности, которая, будучи поднята, падаетъ, какъ плеть. Эпифизарной сифилисъ довольно легко уступаетъ ртутному лѣченію, при чемъ вмѣстѣ съ исчезаніемъ воспалительныхъ явленій со стороны кости проходитъ и параличъ. Діагностика основывается отчасти на явленіяхъ lues'а вообще и опухоли эпифиза въ частности. Принять эту опухоль за рахитическую нельзя уже потому, что она бываетъ обыкновенно односторонней.

Къ группѣ параличей, протекающихъ съ расслабленіемъ мышцъ и вообще съ характеромъ периферическаго паралича, относится, между прочимъ, большинство случаевъ *паралича*, развивающагося *послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней*. Анатомическую сущность подобныхъ параличей многіе видятъ въ нейритѣ. Для дѣтскаго возраста имѣетъ особое значеніе **дифтеритическій параличъ,** протекающій обыкновенно такъ типично, что его легко узнать даже и въ томъ случаѣ, если во время первоначальнаго заболѣванія дифтеритомъ, больной и не былъ подъ наблюденіемъ врача. Дифтеритическій параличъ рѣдко появляется въ періодѣ разгара болѣзни, когда существуютъ еще пленки въ зѣвѣ; гораздо чаще, напротивъ, въ періодѣ кажущагося полнаго выздоровленія, когда больной выходитъ ужъ на воздухъ, примѣрно черезъ 3 — 4 недѣли отъ начала болѣзни.

Всего характернѣе для дифтеритическихъ параличей ихъ начало и дальнѣйшее распространеніе. Параличъ послѣ дифтерита почти *всегда начинается съ мягкаго неба и глотки*; потомъ, если только параличъ распространяется на новыя области, что̀ бываетъ далеко не во всѣхъ случаяхъ, поражаются мышцы аккомодаціи; засимъ

парализуются ноги и, наконецъ, руки; въ гораздо болѣе рѣдкихъ, но опасныхъ случаяхъ параличъ распространяется на мышцы гортани, туловища, мочевого пузыря, діафрагмы и лица.

Вторымъ характернымъ признакомъ дифтеритическихъ параличей является ихъ *постепенное развитіе, симметрическое распространеніе* и наклонность *къ исчезанію* послѣ нѣсколько-недѣльнаго существованія. Никогда не случается, чтобы параличъ послѣ дифтерита являлся сразу во всей своей силѣ; при параличѣ мягкаго неба, напр., сначала больной начинаетъ поперхиваться кой-когда, особенно при большомъ глоткѣ жидкости, а потомъ съ каждымъ днемъ глотаніе затрудняется все болѣе и, наконецъ, можетъ сдѣлаться совсѣмъ невозможнымъ.

Развитіе параличей часто сопровождается различными неврозами въ сферѣ нервовъ чувствъ, каковы: анэстезіи (нечувствительность къ щекотанію, уколамъ, холоду), парэстезіи (ползаніе мурашекъ, онѣмѣніе) и гиперэстезіи.

При параличѣ мягкаго неба самымъ непріятнымъ симптомомъ является затрудненное глотаніе, такъ какъ пища и питье попадаютъ въ носъ и гортань, и больной постоянно поперхивается; голосъ получаетъ носовой оттѣнокъ; попытка задуть свѣчу не удается больному, такъ какъ выдыхаемый воздухъ, находя себѣ свободный выходъ черезъ носъ, не идетъ чрезъ узкую щель между губами. При осмотрѣ зѣва нёбная занавѣска остается при фонаціи неподвижной; она не реагируетъ также и при щекотаніи ея кисточкой (анэстезія и потеря рефлекторной возбудимости). Выздоровленіе наступаетъ въ теченіе 10—25 дней; очень рѣдко параличъ исчезаетъ дня въ 4 или затягивается мѣсяца на 2.

Параличъ аккомодаціи выражается тѣмъ, что больной теряетъ способность приспособлять свое зрѣніе къ близлежащимъ предметамъ, напр. не можетъ читать мелкій шрифтъ.

Параличи или парезы *конечностей* начинаются обыкновенно съ ногъ. Больной жалуется на слабость въ ногахъ, которая можетъ усилиться до невозможности стоянія. Подобная же градація паралича замѣчается и въ рукахъ: сначала больной жалуется на слабость и дрожаніе рукъ и на невозможность выполнять мелкую работу, а потомъ дѣло можетъ дойти и до полнаго паралича — руки висятъ, какъ плети. Парализованныя мышцы дряблы, атрофированы, электровозбудимость значительно понижается или даже совсѣмъ пропадаетъ и въ періодѣ выздоровленія возвращается позднѣе появленія волевыхъ движеній.

Возстановленіе мышечной дѣятельности идетъ обыкновенно въ томъ же порядкѣ, въ какомъ развивались параличи, т.-е. начинается съ зѣва и глотки, но идетъ крайне медленно, такъ что для полнаго возстановленія силъ требуется 3—4 мѣсяца и больше. Если наступаетъ смерть, то или отъ паралича дыхателей, или отъ пнеймоніи, вслѣдствіе попаданія въ бронхиино родныхъ тѣлъ, или отъ истощенія (голодъ), или, наконецъ, отъ паралича сердца (иногда внезапно).

Изъ периферическихъ параличей въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще встрѣчается *параличъ лицевого нерва,* который легко узнается по перекошенію лица на здоровую сторону, при чемъ поражается также и вѣточка, идущая къ замыкателю вѣкъ, отчего глазъ на больной сторонѣ остается постоянно открытымъ или полуоткрытымъ. Значеніе этого симптома важно потому, что при центральныхъ параличахъ лицевого нерва мышцы вѣкъ не поражаются.

Самой частой причиной паралича лицевого нерва бываетъ конечно воспаленіе средняго уха, хотя бы и безъ костоѣды височной кости, напр., при скарлатинозномъ отитѣ, но чаще при хроническихъ оститахъ съ пораженіемъ ossis petrosi у золотушныхъ или туберкулезныхъ дѣтей; гораздо рѣже параличъ лицевого нерва у дѣтей развивается подъ вліяніемъ простуды или сдавленія нерва опухолями или рубцами около уха или у новорожденныхъ — акушерскими щипцами. — Подъ вліяніемъ акушерскихъ операцій могутъ парализоваться также нервы, идущіе черезъ plex. brachialis, и если параличъ этотъ оказывается стойкимъ, то мышцы подвергаются атрофіи, какъ при poliomyelitis и тогда безъ анамнеза бываетъ очень трудно или совсѣмъ невозможно рѣшить, какая была причина паралича.

Параличи съ напряженіемъ мышцъ или спастическіе.

Подъ именемъ спастическаго паралича понимаютъ такого рода параличъ, при которомъ парализованныя мышцы не разслаблены, а напротивъ того, находятся въ состояніи спазма, вслѣдствіе чего парализованная конечность оказывается сведенной, отчего и пассивныя движенія совершаются съ трудомъ.

Спастическій параличъ встрѣчается или какъ самостоятельное страданіе, зависящее отъ первичнаго, изолированнаго пораженія (склероза) боковыхъ столбовъ спинного мозга. — Это, такъ называемый, *идіопатическій спастическій параличъ,* характеризующійся, главнымъ образомъ, отрицательными признаками, т.-е. отсутствіемъ

всякихъ другихъ мозговыхъ симптомовъ, или какъ симптомъ различныхъ болѣзней головного или спинного мозга (hydrocephalus chron., множественный склерозъ и проч.). Это будетъ *симптоматическій спастическій параличъ.*

Идіопатическій спастическій параличъ—paralisis spinalys spastica. Клиническая болѣзнь эта характеризуется, какъ постепенно развивающійся, идущій снизу вверхъ *парезъ* или *параличъ,* съ напряженіемъ и контрактурами мышцъ парализованныхъ конечностей. Сведенія всего рѣзче выражены въ икроножныхъ мускулахъ (pes equinus) и въ мышцахъ, приводящихъ бедро, и сгибателяхъ колѣна: ноги слегка согнуты въ колѣняхъ и бедра сближены до соприкосновенія. Если больной можетъ еще ходить, то походка его очень характерна: онъ можетъ ступать только на цыпочки, колѣни его прижаты другъ къ другу, передвиженіе совершается вприпрыжку.

Развитіе болѣзни идетъ крайне медленно и обыкновенно затягивается на много лѣтъ, начавшись съ первыхъ лѣтъ жизни.

Какъ я уже упомянулъ, отличія идіопатической формы отъ симптоматической состоятъ въ отрицательныхъ признакахъ, каковы: 1) Полное отсутствіе атрофіи мышцъ и разстройствъ со стороны чувствительности кожи. 2) Нормальная дѣятельность мочевого пузыря и прямой кишки. 3) Долгая сохраняемость нормальной электровозбудимости нервовъ и мышцъ. 4) Нормальная функція головного мозга.

Изъ положительныхъ признаковъ можно указать только на одинъ, именно на значительно *повышенные сухожильные рефлексы,* тогда какъ рефлексы съ кожи остаются обыкновенно нормальными (при симптоматической формѣ, зависящей отъ поперечнаго пораженія спинного мозга съ послѣдовательнымъ перерожденіемъ боковыхъ столбовъ, кожные рефлексы тоже усилены; да кромѣ того, кожа въ большей или меньшей степени анэстезирована, мочевой пузырь и rectum парализованы, по меньшей мѣрѣ лишены вліянія воли, хотя рефлекторно могутъ еще функціонировать; параплегія развивается быстрѣе и совершеннѣе, чѣмъ при спастическомъ параличѣ, но верхняя граница остается стабильной; часто встрѣчаются отраженныя боли или гиперэстезіи въ ногахъ или вообще въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ мѣсту пораженія заднихъ корешковъ).

Если кромѣ боковыхъ столбовъ, дегенеративная атрофія захватываетъ еще и передніе рога сѣраго вещества и ведетъ къ исчезанію большихъ узловыхъ клѣтокъ, то рядомъ съ параличомъ и сведеніемъ мышцъ неизбѣжно развивается и атрофія ихъ, какъ при

poliomyelitis anterior, т.-е. съ быстрой потерей электровозбудимости въ нервахъ и мышцахъ и съ реакціей перерожденія въ послѣднихъ при гальванизаціи. Эта болѣзнь, названная Charcot *sclérose laterale amyotrophique,* можетъ быть смѣшана съ идіопатическимъ спастическимъ параличомъ только въ началѣ своего развитія, именно пока преобладаютъ явленія спазма, но разъ дѣло дошло до атрофіи мышцъ, то діагностика выясняется легко. Дальнѣйшія отличія состоятъ въ томъ, что при аміотрофическомъ боковомъ склерозѣ параличъ начинается обыкновенно съ рукъ, а потомъ процессъ распространяется и книзу (параличъ ногъ) и кверху на продолговатый мозгъ, что выражается симптомами бульбарнаго паралича въ видѣ паралича и атрофіи губъ и языка, затрудненнаго глотанія и дыханія.

Есть разница и въ возрастѣ больныхъ: paral. spast. idiop. начинается б. ч. съ первыхъ лѣтъ жизни, тогда какъ аміотрофическій склерозъ почти никогда раньше 10-го года; отъ прогрессивной мышечной атрофіи аміотрофическій склерозъ отличается первоначальнымъ параличомъ и *окоченѣлостью* мышцъ. Различныя формы прогрессивной атрофіи мышцъ у дѣтей встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ аміотрофическій склерозъ.

Особое значеніе для дѣтскаго возраста, по частотѣ своего появленія, имѣетъ симптоматическая спастическая параплегія, вслѣдствіе сдавленія спинного мозга при костоѣдѣ позвоночника, т.-е. при такъ наз. **Поттовой болѣзни — Malum Pottii** s. osteomyelitis spinalis s. osteom. granulosa. Поттова болѣзнь есть не что иное, какъ фунгозное или туберкулезное воспаленіе одного или нѣсколькихъ позвонковъ, съ наклонностью въ однихъ случаяхъ къ сухой костоѣдѣ, въ другихъ къ нагноенію. Грануляціи появляются первоначально на передней поверхности тѣла позвонка и потомъ распространяются въ глубь кости. Позвонокъ такимъ образомъ размягчается и, уступая давленію верхней части туловища, раздавливается, а позвоночникъ вслѣдствіе этого сгибается такимъ образомъ, что остистый отростокъ больного позвонка образуетъ самую выдающуюся точку *угловатаго горба.* Этотъ-то именно горбъ и составляетъ самый надежный признакъ для отличія параплегіи отъ сдавленія спинного мозга, вслѣдствіе Поттовой болѣзни, отъ всякой другой, а такъ какъ признакъ этотъ очень рѣзкій, то разъ онъ появился — узнать причину параплегіи не трудно. Смѣшать его съ рахитическимъ искривленіемъ позвоночника не легко, такъ какъ послѣднее всегда бываетъ дугообразнымъ и обязательно сопрово-

ждается рахитическими измѣненіями грудной клѣтки. Пассивное или активное сгибаніе и разгибаніе спины не болѣзненно. Что касается до состоянія парализованныхъ мышцъ, то хотя я и отнесъ эту параплегію къ категоріи спастическаго паралича, но этимъ я вовсе не желаю сказать, что парализованныя мышцы всегда находятся въ состояніи напряженія. Большое значеніе имѣетъ здѣсь періодъ болѣзни и мѣсто пораженія. Спастическія явленія развиваются сравнительно поздно, когда успѣетъ развиться послѣдовательное, нисходящее перерожденіе боковыхъ столбовъ и когда процессъ занимаетъ грудную или шейную часть позвоночника, а при пораженіи поясничной части спастическаго состоянія мышцъ можетъ вовсе не быть.

Параплегія, обусловленная не столько міэлитомъ, сколько сдавленіемъ спинного мозга, характеризуется, между прочимъ, тѣмъ, что способность движенія страдаетъ значительно больше, чѣмъ чувствительность, что кожные рефлексы значительно усилены и что параличъ ногъ можетъ моментально исчезнуть послѣ вытяженія позвоночника наложеннымъ корсетомъ; — питаніе мышцъ и электровозбудимость надолго остаются нормальными. *Сухожильные и кожные рефлексы повышаются уже съ самаго начала.*

Труднѣе узнать Поттову болѣзнь въ началѣ ея развитія. Дѣло начинается обыкновенно *съ боли въ спинѣ*. Боль эта обусловливается отчасти самимъ остеоміэлитомъ, отчасти же распространеніемъ воспалительнаго процесса на оболочки спинного мозга и задніе корешки. Она характеризуется тѣмъ, что усиливается при давленіи на остистые отростки больныхъ позвонковъ и въ особенности *при сгибаніи спины,* а также при проведеніи по позвоночнику горячей губки, или при приложеніи къ больному мѣсту катода. Вслѣдствіе болѣзненнаго сгибанія спины, больной старается при ходьбѣ придавать туловищу неподвижное, вытянутое положеніе, а когда ему приходится поднять что-либо съ полу, то онъ можетъ сдѣлать это не иначе, какъ присѣдая, т.-е. онъ сгибаетъ колѣни, но спину держитъ вытянутой. Если въ воспаленіи участвуютъ и задніе корешки, то, кромѣ мѣстныхъ болей въ спинѣ, появляются еще отраженныя боли въ области развѣтвленія отходящихъ изъ больного мѣста нервовъ. Эти эксцентрическія боли, всего чаще наблюдающіяся въ ногахъ (при пораженіи поясничной части позвоночника) и въ животѣ (при пораженіи грудной части), чрезвычайно безпокоятъ больныхъ. Появляются онѣ обыкновенно періодически въ формѣ невралгій (или энтералгій), продолжающихся иногда еже-

дневно по нѣскольку часовъ подъ рядъ. Боли эти могутъ появляться въ самомъ раннемъ періодѣ болѣзни, еще задолго до образованія горба. Такъ какъ причиной спондилита всегда бываетъ золотуха или туберкулезъ (а травма, обыкновенно упоминаемая въ анамнезѣ, служитъ только случайной причиной), то для правильной оцѣнки начальныхъ болей важно обращать вниманіе на habitus больного; дѣти, расположенныя къ спондилиту, часто представляются малокровными, съ вялыми мышцами, съ припухшими лимфатическими железами, съ хроническими экцемами, старыми рубцами отъ прежде бывшей костоѣды и т. п.

Даже ужъ въ начальномъ періодѣ спондилита ребенокъ неохотно ходитъ и совсѣмъ не бѣгаетъ и не прыгаетъ; при сидѣньи любитъ подпирать голову руками, а при лежаніи онъ принимаетъ положеніе на боку или, что болѣе характерно, — на животѣ, но избѣгаетъ ложиться на спину.

Иногда воспаленіе позвонковъ начинается лихорадочнымъ состояніемъ, истинная причина котораго довольно долго можетъ оставаться неузнанной. Температура ремиттирующаго типа съ утренними послабленіями до 38 съ десятыми и съ вечерними повышеніями до 39, въ первые дни, при отсутствіи всякихъ мѣстныхъ симптомовъ какъ со стороны спины, такъ и другихъ органовъ, можетъ симулировать тифъ, пока не появится боль въ спинѣ, выясняющая дѣло. У грудныхъ дѣтей боль въ спинѣ нерѣдко проявляется вскрикиваніемъ каждый разъ, какъ только вынимаютъ его изъ кроватки.

Боль въ спинѣ, усиливающаяся при давленіи на остистые отростки всѣхъ или только нѣкоторыхъ позвонковъ, можетъ встрѣтиться у нервныхъ дѣтей вслѣдствіе *гиперэстезіи кожи спины*, но отличить это состояніе отъ спондилита не трудно, во 1-хъ, потому, что при гиперэстезіи кожи сгибаніе спины не болѣзненно и во 2-хъ, потому, что боль усиливается уже при самомъ легкомъ прикосновеніи, тогда какъ при спондилитѣ она является лишь при болѣе сильномъ надавливаніи.

Нѣкоторыя особенности въ діагностическомъ отношеніи представляетъ *спондилитъ шейной части*. Угловатаго горба здѣсь не бываетъ даже и въ самыхъ запущенныхъ случаяхъ, а если иногда и появляется искривленіе, то въ формѣ дугообразнаго кифоза; вполнѣ развитые случаи шейнаго спондилита характеризуются еще тѣмъ, что, вслѣдствіе инфильтраціи мягкихъ частей по сосѣдству съ больнымъ позвонкомъ, удается ощупать и видѣть глазомъ болѣе или менѣе плотную опухоль по обѣимъ сторонамъ остистыхъ отростковъ

пораженныхъ позвонковъ (подобная опухоль образуется конечно и около грудныхъ позвонковъ, но только вслѣдствіе толстаго слоя мышцъ остается незамѣтной). Въ этомъ періодѣ спондилитъ можетъ повести къ образованію заднеглоточнаго нарыва, который легко прощупывается на задней стѣнкѣ зѣва пальцемъ, введеннымъ черезъ ротъ, въ видѣ мягко-упругой опухоли; при значительной величинѣ нарыва онъ является серьезнымъ препятствіемъ для глотанія и дыханія.

Отраженныя боли при шейномъ спондилитѣ ощущаются либо въ головѣ (преимущественно въ затылкѣ), если поражены верхніе позвонки, либо въ рукахъ (при страданіи нижнихъ позвонковъ). Явленія спастическаго паралича вмѣстѣ съ полной, или чаще неполной анэстезіей встрѣчаются не только въ ногахъ, но и въ рукахъ; отъ паралича грудныхъ мышцъ дыханіе совершается почти только при помощи діафрагмы.

При пораженіи двухъ верхнихъ позвонковъ наружной опухоли обыкновенно не бываетъ, но страданіе легко узнать потому, что движенія головой дѣлаются совершенно невозможными. При такой локализаціи процесса больной можетъ умереть внезапно вслѣдствіе отрыва зубовиднаго отростка 2-го позвонка, внѣдряющагося въ спинной мозгъ.

Въ началѣ своего появленія шейный спондилитъ характеризуется болью и неподвижностью шеи и сведеніемъ шейныхъ мышцъ, большею частью заднихъ, но иногда только боковыхъ, и тогда голова склоняется къ плечу — torticollis.

Въ этомъ періодѣ шейный спондилитъ можетъ быть смѣшанъ съ различными процессами, ведущими къ искривленію шеи (см. torticollis); но діагностика облегчается тѣмъ, что всѣ эти процессы отличаются острымъ теченіемъ и что позвонки при давленіи не болѣзненны. Этотъ послѣдній признакъ встрѣчается только еще при одной формѣ искривленія шеи, именно при воспаленіи синовіальной оболочки между косыми отростками — *synovitis articul. proc. obliqu,* s. *synovitis vertebralis,* — болѣзни, свойственной главнымъ образомъ дѣтскому возрасту.

Помимо остраго теченія со скорымъ исходомъ въ выздоровленіе, синовитъ позвоночника отличается отъ спондилита еще тѣмъ, что давленіе вызываетъ боль только съ одной стороны и именно нѣсколько отступя отъ остистыхъ отростковъ, тогда какъ при spondylitis боль съ обѣихъ сторонъ, а всего сильнѣе въ области самого остистаго отростка.

Спондилитъ, въ какой бы части позвоночника онъ ни былъ, всегда отличается медленнымъ теченіемъ и если онъ не ведетъ къ смерти, вслѣдствіе піэміи при образованіи натечныхъ абсцессовъ или общаго туберкулеза, то до полнаго выздоровленія съ образованіемъ анкилоза позвонковъ въ мѣстѣ разрушенія, проходитъ отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 2 лѣтъ.

Чѣмъ больше подвигается процессъ выздоровленія, тѣмъ меньше становится боль въ области пораженнаго позвонка при давленіи на него и при движеніяхъ туловища; въ концѣ концовъ исчезаетъ и параплегія, но угловатый горбъ остается конечно на всю жизнь. О полномъ выздоровленіи, т.-е. объ образованіи совсѣмъ твердаго анкилоза заключаютъ изъ того, что больной не только не жалуется на боль въ спинѣ, но и двигается свободно.

Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ.

На основаніи этіологіи, патогенеза и клиническаго теченія можно принять четыре формы остраго воспаленія мозговыхъ оболочекъ у дѣтей: 1) гнойный менингитъ, 2) туберкулезный менингитъ или острая туберкулезная головная водянка, 3) серозный менингитъ или простая острая головная водянка и 4) эпидемическій цереброспинальный менингитъ.

При *простомъ* (не туберкулезномъ) *остромъ гнойномъ воспаленіи* (meningitis acuta simplex) поражается, главнымъ образомъ, мягкая мозговая оболочка на *поверхности полушарій* (откуда названіе — leptomeningitis convexa); патологоанатомически оно характеризуется образованіемъ *гнойнаго* экссудата, почему и называется также meningitis purulenta.

Туберкулезная форма воспаленія мозговыхъ оболочекъ отличается отъ предыдущей, между прочимъ, чѣмъ, что главнѣйшія измѣненія локализируются на оболочкахъ основанія мозга, откуда названіе — miningitis basilaris; присутствіе гноя въ этомъ случаѣ вовсе не обязательно, во многихъ случаяхъ его даже вовсе незамѣтно, а воспаленіе выражается образованіемъ серознаго экссудата, скопляющагося преимущественно въ подпаутинныхъ пространствахъ, между перекрестомъ зрительныхъ нервовъ и продолговатымъ мозгомъ и въ боковыхъ мозговыхъ желудочкахъ, которые поэтому во всѣхъ случаяхъ значительно растягиваются, почему эта форма и называется также *острой головной водянкой* — hydrocephalus acutus; но что особенно характерно для данной болѣзни такъ, это — присутствіе

большого количества миліарныхъ бугорковъ на основаніи мозга, скопляющихся всего сильнѣе въ Сильвіевыхъ бороздахъ — *meningitis tuberculosa*. Такъ какъ туберкулезъ почти никогда не локализируется на однѣхъ только мозговыхъ оболочкахъ, то при вскрытіи удается обыкновенно найти бугорки и въ другихъ органахъ, въ особенности же въ бронхіальныхъ железахъ.

Несомнѣнно однако, что *острая головная водянка* воспалительнаго происхожденія (meningitis serosa) иногда встрѣчается у дѣтей (въ особенности до 2-лѣтняго возраста) и безъ бугорчатки, т.-е. при полномъ отсутствіи бугорковъ не только на мозговыхъ оболочкахъ, но и гдѣ бы то ни было въ организмѣ. Какъ при туберкулезномъ менингитѣ, такъ и при этой формѣ рядомъ съ серознымъ экссудатомъ можетъ быть и гной. Болѣзнь эта описывается въ нѣкоторыхъ руководствахъ въ отдѣльной главѣ подъ именемъ *простой* (нетуберкулезной) *острой головной водянки* — hydrocephalus acutus simplex s. non tuberculosus или *дѣтскаго менингита* — leptomeningitis infantum (Huguenin), такъ какъ она составляетъ принадлежность юнаго дѣтскаго возраста. Но такъ какъ по припадкамъ и по теченію простая головная водянка ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ туберкулезной, то описывать ее отдѣльно нѣтъ никакой надобности; достаточно знать, что подобная форма существуетъ и что она, въ отличіе отъ туберкулезнаго менингита, можетъ кончиться выздоровленіемъ, вслѣдствіе чего отнюдь нельзя считать больного безнадежнымъ только потому, что онъ представляетъ симптомы туберкулезнаго менингита, т.-е. страданія абсолютно смертельнаго.

Эпидемическій церебро-спинальный менингитъ — meningitis cerebrospinalis epidaemica характеризуется образованіемъ гнойнаго эсскудата какъ на поверхности, такъ и на основаніи головного мозга и, кромѣ того, пораженіемъ оболочекъ и спинного мозга.

Въ патолото-анатомическомъ отношеніи эти четыре формы рѣзко отличаются другъ отъ друга только въ своихъ типическихъ представителяхъ, рядомъ съ которыми встрѣчаются еще различныя переходныя формы, такъ напр. при mening. purulenta гнойный экссудатъ можетъ распространиться и на основаніе мозга, и на сосудистыя сплетенія желудочковъ; острая головная водянка (туберкулезная или простая) сопровождается иногда образованіемъ гноя не только на основаніи мозга, но и на поверхности полушарій; какъ при простомъ гнойномъ, такъ и при туберкулезномъ менингитѣ воспаленіе можетъ занимать и оболочки спинного мозга, какъ при

эпидемическомъ менингитѣ. Само собою разумѣется, что сходство въ клиническомъ отношеніи можетъ быть еще значительнѣе и потому не удивительно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень трудно бываетъ сказать, съ какой именно формой имѣешь дѣло. Важнымъ подспорьемъ діагностикѣ въ подобныхъ случаяхъ является:

Этіологія. Въ отличіе отъ всѣхъ другихъ формъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, туберкулезный менингитъ никогда не поражаетъ дѣтей вполнѣ здоровыхъ, такъ какъ главнѣйшимъ этіологическимъ моментомъ его бываетъ общій или мѣстный туберкулезъ. Въ виду этого для діагностики его важно констатировать *расположеніе даннаго ребенка къ туберкулезу.* Это расположеніе можетъ быть наслѣдственнымъ или пріобрѣтеннымъ. Для выясненія перваго врачъ справляется о томъ, не было ли туберкулеза у родителей или близкихъ родственниковъ и не умеръ ли кто изъ братьевъ или сестеръ больного отъ какой-либо болѣзни, имѣющей отношеніе къ туберкулезу; въ этомъ смыслѣ всего важнѣе знать, не было ли случаевъ смерти отъ менингита. Встрѣчаются такія несчастныя семьи, въ которыхъ нѣсколько дѣтей подъ рядъ и притомъ нерѣдко приблизительно въ одномъ и томъ же возрастѣ умираютъ отъ менингита, хотя ни отецъ, ни мать туберкулезомъ не страдаютъ.

Наслѣдственное расположеніе къ туберкулезу у дѣтей можетъ быть слѣдствіемъ другихъ болѣзней родителей, напр. застарѣлаго сифилиса. Я знаю семью, въ которой четверо дѣтей умерли отъ туберкулезнаго менингита, несмотря на то, что отецъ и мать казались совсѣмъ здоровыми; отецъ имѣлъ на плечѣ рубецъ отъ когда-то бывшей костоѣды якобы золотушнаго происхожденія, въ анамнезѣ у него много лѣтъ назадъ значился сифилисъ, но въ данное время общее состояніе здоровья представлялось цвѣтущимъ. Послѣ смерти четвертаго ребенка по совѣту врача онъ подвергся антисифилитическому лѣченію втираніями сѣрой мази и черезъ $1^1/_2$—$2^1/_2$ года послѣ того родилось двое дѣтей, которыя въ настоящее время ужъ пережили опасный возрастъ и совершенно здоровы.

Указаніемъ на семейное расположеніе къ туберкулезу можетъ служить смерть братьевъ отъ кори и коклюша. У дѣтей вполнѣ здоровыхъ болѣзни эти протекаютъ обыкновенно благополучно, но при расположеніи къ туберкулезу онѣ опасны.

Пріобрѣтенное расположеніе развивается подъ вліяніемъ всѣхъ неблагопріятныхъ условій, пользующихся извѣстностію въ этіоло-

гіи рахитизма и золотухи, а потому если ребенокъ представляетъ признаки той или другой изъ этихъ болѣзней, то можно думать, что у него есть расположеніе и къ туберкулезу. Общій здоровый видъ въ подобныхъ случаяхъ не доказываетъ противнаго, такъ какъ подъ вліяніемъ рахитизма въ первые годы жизни могутъ образоваться гдѣ-нибудь въ тѣлѣ (бронхіальныхъ желѣзахъ) творожистые (туберкулезные) фокусы, которые до поры до времени ничѣмъ не проявляютъ своего присутствія, но въ концѣ концовъ даютъ поводъ къ самозараженію организма.

Такія скрытыя гнѣзда всего чаще остаются въ бронхіальныхъ или въ брыжжеечныхъ железахъ послѣ бывшихъ когда-то катарровъ, къ которымъ такъ расположены и рахитики и золотушныя дѣти, а потому необходимо справляться о томъ, не страдалъ ли ребенокъ повторными или хроническими бронхитами и поносами.

Есть болѣзни, послѣ которыхъ расположеніе къ туберкулезу, остававшееся въ скрытомъ состояніи, вдругъ проявляется въ видѣ менингита или остраго миліарнаго туберкулеза и т. п., и это обстоятельство (т.-е. что припадки стали проявляться послѣ такой-то болѣзни) можетъ имѣть при случаѣ очень большое значеніе при діагностикѣ напр. тифа отъ туберкулеза. Въ ряду этихъ болѣзней на первомъ мѣстѣ должны быть поставлены корь, гриппъ и коклюшъ, на второмъ — различныя истощающія болѣзни.

Никакихъ случайныхъ причинъ для заболѣванія туберкулезнымъ менингитомъ не требуется, такъ какъ большею частью болѣзнь развивается безъ всякаго опредѣленнаго повода; въ другихъ случаяхъ получаются указанія на простуду или на ушибъ головы (сплошь и рядомъ весьма легкій, которому трудно придать какое-либо значеніе).

Возрастъ, наиболѣе благопріятствующій развитію туберкулезнаго менингита: отъ 2 до 7 лѣтъ, но иногда заболѣваютъ также грудныя дѣти и взрослые.

Въ противоположность этому простой серозный менингитъ (простая острая головная водянка) всего чаще (почти исключительно) встрѣчается у маленькихъ дѣтей, на 1-мъ и 2-мъ году жизни. Другое этіологическое отличіе его отъ туберкулезной формы состоитъ въ томъ, что онъ поражаетъ не только рахитиковъ, но и совершенно здоровыхъ дѣтей, не имѣющихъ ни наслѣдственнаго, ни пріобрѣтеннаго расположенія къ туберкулезу и развивается или отъ тѣхъ же причинъ, какъ и гнойный менингитъ (см. ниже), или безъ всякой видимой причины. Чаще впрочемъ онъ встрѣчался намъ

у слабыхъ дѣтей, представлявшихъ рахитическія измѣненія въ костяхъ черепа и грудной клѣтки. Нѣкоторые авторы признаютъ вліяніе прорѣзыванія зубовъ, какъ обстоятельства, располагающаго дѣтей къ мозговымъ приливамъ и острой головной водянкѣ.

Если исключить случаи острой головной водянки, протекающіе съ образованіемъ гнойнаго экссудата и случаи цереброспинальнаго менингита, то можно будетъ сказать, что простой, острогнойный менингитъ никогда не развивается у здоровыхъ дѣтей безъ всякой видимой причины, а потому, если въ анамнезѣ не удается найти ничего подходящаго, то ужъ одно это обстоятельство дѣлаетъ діагностику гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ мало вѣроятной, хотя бы за нее и говорили симптомы. Здоровый и крѣпкій ребенокъ можетъ заболѣть менингитомъ вслѣдствіе ушиба или сильной простуды головы, или отъ инсоляціи. Въ другихъ случаяхъ менингитъ развивается отъ распространенія воспаленія съ сосѣднихъ частей или какъ осложненіе различныхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Въ первомъ случаѣ самой частой причиной бываетъ острая или хроническая otitis media, особенно при костоѣдѣ височной кости; потомъ слѣдуютъ: костоѣда черепныхъ костей отъ другихъ причинъ (periostitis, гуммы), рожа головы, чирьи и т. п. Какъ осложненіе острыхъ болѣзней, менингитъ присоединяется иногда къ крупозной пнеймоніи, скарлатинѣ, острому ревматизму, оспѣ и піэміи.

Эпидемическій цереброспинальный менингитъ, какъ показываетъ названіе, развивается подъ вліяніемъ эпидемическихъ, пока еще неизвѣстныхъ, условій; нѣкоторые авторы относятъ его къ числу контагіозныхъ болѣзней, но заразительность его во всякомъ случаѣ не велика.

Переходимъ теперь къ симптомамъ. Изъ всѣхъ смертельныхъ мозговыхъ болѣзней у дѣтей туберкулезный менингитъ встрѣчается чаще, чѣмъ всѣ другія болѣзни, вмѣстѣ взятыя, а потому съ него и начнемъ.

Несмотря на то, что нѣтъ ни одного симптома, который могъ бы считаться патогномоничнымъ для туберкулезнаго менингита, всетаки распознаваніе этой болѣзни въ громадномъ большинствѣ случаевъ не представляетъ затрудненій и именно на основаніи совокупности симптомовъ и всего теченія.

Въ отличіе отъ всѣхъ другихъ формъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, **туберкулезный менингитъ** почти *никогда не начинается внезапно среди полнаго здоровья,* напротивъ того, за нѣсколько

недѣль до появленія головной боли и рвоты больной представляетъ неопредѣленные симптомы общаго недомоганія, характеризующіе, такъ называемый, *періодъ предвѣстниковъ* туберкулезнаго менингита. Этотъ періодъ, по замѣчанію Rilliet и Barthez'а, если когда и отсутствуетъ, то развѣ только у больничныхъ паціентовъ, на здоровье которыхъ домашніе обращаютъ мало вниманія и потому пустяковъ не замѣчаютъ, но въ частной практикѣ симптомы предвѣстниковъ удается констатировать всегда. Но это не совсѣмъ справедливо: припадки этого періода объясняются началомъ туберкулеза вообще въ организмѣ, и вовсе не обязательно, чтобъ послѣ такихъ припадковъ туберкулезъ непремѣнно локализировался на мозговыхъ оболочкахъ: онъ можетъ ограничиться легкими или брюшиной и проч.; чѣмъ скорѣе примутъ участіе въ пораженіи мозговыя оболочки, тѣмъ короче будетъ періодъ предвѣстниковъ, а такъ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ мягкая мозговая оболочка иногда поражается туберкулезомъ первично и изолированно, то періода предвѣстниковъ можетъ совсѣмъ не быть. Правда, такіе случаи рѣдки, но ихъ все-таки слѣдуетъ имѣть въ виду, чтобъ не придавать рѣшающаго значенія отсутствію предвѣстниковъ.

Итакъ, періодъ предвѣстниковъ указываетъ на начинающійся туберкулезъ и всего чаще выражается симптомами общаго упадка питанія въ видѣ „безпричиннаго похуданія за послѣднее время" (особенно замѣтно на грудной клѣткѣ и на шеѣ, но не въ лицѣ), блѣдности покрововъ и потери аппетита, при отсутствіи головной боли, лихорадки и поноса; родители жалуются также, что ребенокъ сдѣлался скученъ и вялъ или раздражителенъ и плаксивъ и все это „безъ всякой причины".

Въ другихъ случаяхъ періодъ предвѣстниковъ проявляется въ видѣ болѣе или менѣе продолжительнаго лихорадочнаго состоянія безъ всякихъ мѣстныхъ симптомовъ и потому часто принимаемаго за легкій тифъ, хотя опухоли селезенки обыкновенно не бываетъ. Если такое лихорадочное состояніе (т.-е. безъ мѣстныхъ симптомовъ) появляется у ребенка, только что отдѣлавшагося отъ кори или гриппа или у страдающаго коклюшемъ, то одно ужъ это обстоятельство сильно говоритъ въ пользу развитія туберкулеза и дѣлаетъ невѣроятнымъ предположеніе у больного тифа. Такая лихорадка можетъ продолжаться 2—3 недѣли, прежде чѣмъ покажутся мозговые симптомы, но иногда затягивается на нѣсколько недѣль; такъ напр. въ одномъ изъ моихъ случаевъ, у мальчика 5 лѣтъ, туберкулезная лихорадка съ явленіями ничтожнаго бронхита, то

исчезавшаго, то появлявшагося снова, начавшаяся во время коклюша, продолжалась 109 дней, пока появилась наконецъ рвота и головная боль (Объ особенностяхъ туберкулезной лихорадки и объ отличіи ея отъ тифа см. въ главѣ о тифѣ). Безлихорадочный періодъ предвѣстниковъ тянется тоже отъ 2 до 12 недѣль.

Начало собственно менингита обозначается *рвотой* и *головной болью*. Объ отличіи мозговой рвоты отъ желудочной было говорено въ гл. о рвотѣ, стр. 98. Рвота рѣдко продолжается болѣе 5 дней и если прошли цѣлыя сутки безъ рвоты, то можно разсчитывать, что она не вернется больше. Рвота принадлежитъ къ числу самыхъ важныхъ симптомовъ менингита, главнымъ образомъ, въ силу своего *постоянства,* такъ какъ она почти никогда не отсутствуетъ, а потому въ сомнительныхъ случаяхъ *отсутствіе рвоты въ началѣ болѣзни почти исключаетъ менингитъ*. Сравнительно чаще встрѣчаются случаи менингита съ неупорной, напр. однократной, рвотой. Что касается до головной боли, то при туберкулезномъ менингитѣ она не бываетъ такъ сильна, какъ при гнойномъ или цереброспинальномъ; ребенокъ, постарше, не мечется отъ нея въ постели, не стонетъ, не хватается за голову, а заявляетъ о ней большею частью лишь на вопросъ, что у него болитъ? Это обстоятельство надо имѣть въ виду, чтобъ не исключить при дифференціальной діагностикѣ мозговое страданіе только на основаніи незначительности головной боли. Для начала туберкулезнаго менингита характерно не безпокойство, а, напротивъ того, легкая апатія: ребенокъ покойно лежитъ въ кровати, ни на что не жалуется и ничего не проситъ; онъ отнюдь не производитъ впечатлѣнія тяжело больного, онъ только слабъ и не можетъ ходить, главнымъ образомъ, отъ *головокруженія*.

У маленькихъ дѣтей, въ особенности у грудныхъ, острая головная водянка сопровождается, повидимому, болѣе значительной головной болью, такъ какъ въ первые дни заболѣванія вмѣстѣ со рвотой появляется значительное *безпокойство*, такъ что ребенокъ очень много плачетъ какъ днемъ, такъ и ночью, и это безпокойство несомнѣнно имѣетъ діагностическое значеніе для отличія мозговой рвоты отъ желудочной, при которой ребенокъ остается сравнительно покоенъ.

Въ теченіе слѣдующихъ дней самымъ характернымъ явленіемъ бываетъ *постепенное, но прогрессивное усиленіе апатіи* до степени сонливости, переходящей къ концу болѣзни въ полную, непробудную спячку. Усиленіе апатіи выражается въ томъ, что

ребенокъ очень часто въ теченіе дня засыпаетъ какъ бы нормальнымъ, покойнымъ сномъ. Сначала бываетъ достаточно простого оклика, чтобъ онъ проснулся; сознаніе его совсѣмъ еще въ порядкѣ: онъ правильно отвѣчаетъ на вопросы и исполняетъ то, что отъ него требуютъ, но, будучи предоставленъ самому себѣ, онъ очень скоро снова закрываетъ глаза и опять спитъ. Довольно рѣдко случается, чтобъ въ первомъ періодѣ туберкулезнаго менингита ребенокъ сильно бредилъ, вскакивалъ съ постели, безпрестанно говорилъ и т. п. Эти симптомы, зависящіе отъ пораженія мозговой коры, болѣе свойственны гнойному менингиту поверхности полушарій. Позднѣе спячка дѣлается болѣе глубокой, ребенокъ пробуждается лишь при болевыхъ раздраженіяхъ, еще позднѣе онъ отвѣчаетъ на нихъ только рефлекторнымъ крикомъ, а незадолго до смерти исчезаютъ и рефлексы.

Апатичное состояніе у грудныхъ дѣтей проявляется наклонностью ко сну и потому довольно характерно для начинающагося менингита, что ребенокъ, который, страдая въ теченіе нѣсколькихъ дней (3—6) рвотой, безпокойствомъ и плохимъ сномъ, начинаетъ часто засыпать даже и днемъ, при чемъ рвота или совсѣмъ прекращается, или становится рѣже.

Сонливость, какъ симптомъ базилярнаго менингита, имѣетъ особое значеніе для діагностики начальнаго періода этой болѣзни въ томъ случаѣ, если не сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ она можетъ быть прямымъ слѣдствіемъ повышенія температуры, отъ какой бы причины оно ни произошло. Значитъ, сонливость говоритъ въ пользу мозгового страданія лишь въ томъ случаѣ, если степень ея совсѣмъ не соотвѣтствуетъ силѣ лихорадки или если сонливость появляется уже послѣ прекращенія жара, т.-е. въ періодѣ выздоровленія отъ какой-либо лихорадочной болѣзни.

Далѣе, характерны явленія со стороны органовъ пищеваренія: языкъ довольно чистъ (при желудочной рвотѣ онъ бываетъ обыкновенно густо обложенъ) и съ первыхъ же дней болѣзни развивается *запоръ,* и что особенно интересно въ діагностическомъ отношеніи, такъ это то, что, *не смотря на упорный, многодневный запоръ, животъ не только не вздувается, а напротивъ того, съ каждымъ днемъ онъ дѣлается мягче и площе, а къ концу недѣли* или нѣсколько позднѣе онъ совсѣмъ *вваливается* и дѣлается корыто-образнымъ (ладьеобразный животъ). (Чѣмъ собственно объяснить такую форму живота, мы не знаемъ; то обстоятельство,

что ребенокъ съ самаго начала болѣзни почти ничего не ѣстъ, можетъ конечно способствовать этому, но это не единственная и не главная причина ввалившагося живота; нельзя также объяснить это явленіе спазмомъ кишекъ или мускулатуры брюшной стѣнки, а всего вѣроятнѣе, что измѣняется химизмъ кишечнаго пищеваренія, вслѣдствіе чего образуется мало кишечныхъ газовъ).

Запоръ — признакъ довольно важный для діагностики менингита во 1-хъ потому, что онъ принадлежитъ къ постояннымъ симптомамъ этой болѣзни, а во 2-хъ потому, что онъ комбинируется съ мягкимъ, позднѣе съ ввалившимся животомъ, чего не бываетъ обыкновенно ни при катаррѣ желудка и кишекъ, ни при тифѣ, т.-е. при тѣхъ именно болѣзняхъ, съ которыми всего чаще смѣшивается острая головная водянка въ своемъ начальномъ періодѣ.

Запоръ сравнительно часто отсутствуетъ при менингитѣ у грудныхъ дѣтей, что объясняется тѣмъ, что запоръ при менингитѣ зависитъ вѣроятно отъ раздраженія n. splanchnici, который принадлежитъ къ числу задерживающихъ нервовъ, а такъ какъ задерживающая нервная система у маленькихъ дѣтей вообще работаетъ слабо, то уже a priori можно ждать, что при meningitis у грудныхъ дѣтей запоръ не будетъ столь постояннымъ явленіемъ, какъ у дѣтей болѣе взрослыхъ, что и подтверждается наблюденіемъ; но за то діагностика облегчается у нихъ тѣмъ, что желудочная рвота въ этомъ возрастѣ обязательно сопровождается разстройствомъ кишечной дѣятельности въ видѣ диспепсіи или водянистаго поноса, а потому если, *несмотря на повторную, въ теченіе нѣсколькихъ дней, рвоту у грудного ребенка стулъ остается нормальнымъ* (и тѣмъ болѣе еще, если *развивается наклонность къ запору* или если прекращается поносъ, бывшій раньше), то это *въ высшей степени подозрительно,* а если притомъ ребенокъ находится при груди и въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на раздраженіе желудка грубой пищей, то едва ли можетъ быть сомнѣніе въ мозговомъ происхожденіи рвоты.

Далѣе, для діагностики начальнаго періода менингита имѣетъ значеніе *ходъ температуры.* Очень рѣдко случается, чтобъ туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ протекало при нормальной температурѣ или наоборотъ при жарѣ выше 39°, обыкновенно же встрѣчается субфебрильное состояніе съ колебаніями отъ 37,8 до 38,8. Съ одной стороны такая температура слишкомъ высока для простой диспепсіи у грудныхъ дѣтей, при которой не бываетъ никакого жара, а съ другой стороны она слишкомъ низка для тифа.

Я убѣжденъ въ томъ, что еслибъ врачи придавали бо́льшее значеніе температурѣ, то смѣшеніе менингита съ тифомъ встрѣчалось бы значительно рѣже. Что подъ самый конецъ болѣзни температура при менингитѣ можетъ достигать гипертермическихъ градусовъ (41—42°), вслѣдствіе паралича регуляторныхъ центровъ, это не имѣетъ особаго значенія, такъ какъ встрѣчается незадолго до летальнаго исхода. Слѣдуетъ еще замѣтить, что нормальная или даже субнормальная температура *въ періодѣ спячки* не исключаетъ менингита, хотя подобное явленіе гораздо чаще встрѣчается при ложномъ менингитѣ, т.-е. при такъ назыв. гидроцефалоидѣ, зависящемъ отъ анеміи и отека мозга.

Пульсъ въ первые дни болѣзни можетъ быть учащенъ сообразно лихорадочному состоянію, но уже къ концу первой недѣли, а иногда и раньше, онъ дѣлается *замедленнымъ и неправильнымъ*. Число ударовъ пульса въ рѣдкихъ случаяхъ у дѣтей нѣсколькихъ лѣтъ отъ роду можетъ упасть до 50—60 ударовъ, но при лихорадочномъ состояніи, хотя бы и небольшомъ, уже и 90 ударовъ можно считать за замедленіе, такъ какъ у дѣтей 5—6 л. при температурѣ около 38,5 пульсъ бываетъ обыкновенно около 120, а у грудныхъ до 140, такъ что у послѣднихъ и 112 можно смѣло считать за замедленный пульсъ, тѣмъ болѣе еще, что n. vagus, какъ нервъ, задерживающій сердце, работаетъ у нихъ слабо и потому на болѣе рѣзко-выраженное замедленіе разсчитывать у нихъ не приходится. Въ періодѣ болѣе глубокой спячки, особенно послѣ того, какъ появились судороги, пульсъ учащается все больше и больше и передъ концомъ жизни доходитъ до 200 или дѣлается настолько слабымъ и частымъ, что не можетъ быть сосчитанъ.

Что касается до неправильности пульса, то она выражается сначала неравномѣрностью силы и частоты ударовъ, потомъ легкими перебоями отъ моментальной остановки сердечной дѣятельности, потомъ болѣе продолжительными перебоями. Самыя незначительныя неправильности не могутъ быть замѣчены пальцемъ при счетѣ пульса, но онѣ легко констатируются посредствомъ стетоскопа, такъ какъ органъ слуха въ этомъ отношеніи гораздо чувствительнѣе осязанія.

Неправильный и замедленный пульсъ служитъ важнымъ подспорьемъ для діагностики менингита только въ томъ случаѣ, если одновременно имѣются еще и другіе какіе-либо мозговые симптомы, напр. апатія или сонливость, но самъ по себѣ такой пульсъ ничего зловѣщаго не представляетъ, такъ какъ можетъ встрѣтиться и безъ мозгового страданія, напр. у выздоравливающихъ

послѣ лихорадочныхъ болѣзней, у анемичныхъ и у маленькихъ дѣтей во время сна.

Со второй недѣли болѣзни, когда рвота ужъ прекратилась, а неправильность пульса и сонливость болѣе или менѣе рѣзко выражены, появляются еще новые симптомы, окончательно выясняющіе діагностику. Сюда относятся: глубокіе вздохи, явленія со стороны глазъ, жевательныя движенія нижней челюсти и автоматическія, однообразныя движенія той или другой конечностью (всего чаще ребенокъ начинаетъ дѣлать безпрерывное движеніе рукой; онъ подымаетъ ее до головы, спускаетъ потомъ по лицу и груди на животъ, опять подымаетъ до лба и т. д. въ теченіе получаса и дольше, нѣсколько разъ въ день), явленія со стороны вазомоторовъ; еще позднѣе являются сведеніе затылка, общія судороги, невозможность глотанія.

Дыханіе въ первые дни совершается правильно, но въ періодѣ сонливости начинаютъ появляться временами болѣе глубокіе вздохи, послѣ которыхъ нерѣдко наступаетъ продолжительная пауза (ребенокъ какъ будто забываетъ дышать, по выраженію Barthez'a и Rilliet); иногда покойное дыханіе прерывается монотоннымъ, громкимъ, короткимъ вскрикиваніемъ (гидроцефалическій крикъ Coindet); еще позднѣе, въ періодѣ полной спячки (конецъ 2-й и начало 3-й недѣли) дыханіе принимаетъ Cheyne-Stockes'скій характеръ.

Глаза представляютъ такъ много симптомовъ, характерныхъ для менингита, что именно по глазамъ часто можно узнать эту болѣзнь издали. Прежде всего бросается въ глаза неподвижный взглядъ — симптомъ, наиболѣе цѣнный для діагностики менингита у маленькихъ дѣтей, у которыхъ онъ является довольно рано (конецъ 1-й недѣли); ребенокъ рѣдко мигаетъ, вѣки широко раскрыты и глаза неподвижно устремлены куда-то вдаль; онъ не фиксируетъ никакихъ предметовъ, подносимыхъ къ нему, и, должно быть, плохо видитъ, такъ какъ не мигаетъ при приближеніи къ глазу пальца; зрачки при этомъ широки и вяло реагируютъ на свѣтъ; нерѣдко замѣчается осцилляція зрачковъ, т.-е. подъ вліяніемъ свѣта зрачокъ сокращается на короткое время, но сейчасъ же расширяется снова, несмотря на продолжающееся дѣйствіе свѣта; какъ на хорошее діагностическое средство для отличія острой головной водянки отъ всѣхъ сходныхъ съ ней заболѣваній, Parrot указываетъ на то, что при ней можно вызвать значительное расширеніе зрачка посредствомъ щипанія кожи живота. Что въ періодѣ неполной спячки признакъ этотъ встрѣчается постоянно, въ этомъ и я имѣлъ случай убѣ-

диться, но для этого нѣтъ надобности щипать именно кожу живота, достаточно всякаго болевого раздраженія; но насколько симптомъ этотъ характеренъ спеціально для менингита и не встрѣчается ли онъ также при другихъ болѣзняхъ, кончающихся спячкой, это другой вопросъ, требующій для своего рѣшенія дальнѣйшихъ наблюденій.

Далѣе, со стороны глазъ мы имѣемъ еще два симптома: косоглазіе (оно является много позднѣе неподвижнаго взгляда) и измѣненіе дна глаза. Если офтальмоскопомъ удается замѣтить присутствіе бугорковъ на сосудистой оболочкѣ, то діагностика миліарной бугорчатки несомнѣнна, но бѣда въ томъ, что бугорки choroideae встрѣчаются очень рѣдко, чаще находятъ застойный сосочекъ, но этотъ симптомъ нисколько не патогномониченъ для острой головной водянки: онъ указываетъ только на затрудненное кровообращеніе и усиленное давленіе въ полости черепа, которое можетъ зависѣть и отъ опухоли мозга, и отъ другихъ причинъ.

Симптомы, указывающіе на разстройство иннерваціи *вазомоторовъ,* являются сравнительно поздно. Сюда относятся два рода явленій, во 1-хъ, быстрая смѣна окраски лица и во 2-хъ, пятна Trousseau.

Въ первомъ періодѣ туберкулезнаго менингита лицо бываетъ блѣднымъ, но при разстройствѣ вазомоторовъ, что бываетъ въ періодѣ довольно глубокой спячки, временами вдругъ появляется яркая окраска одной или обѣихъ щекъ, скоро опять исчезающая; нерѣдко такую игру цвѣтовъ удается вызывать искусственно, для чего стоитъ только чѣмъ-нибудь обезпокоить ребенка. Для того, чтобъ вызвать появленіе пятенъ Trousseau, надо провести по кожѣ туловища черту пальцемъ или какимъ-нибудь тупымъ инструментомъ, умѣренно надавливая. Черезъ $^1/_4$—$^1/_2$ минуты послѣ того на мѣстѣ черты появляется яркая, красная полоса, остающаяся на довольно долгое время и постепенно исчезающая съ краевъ; хотя при meningit. tuberc. пятна эти встрѣчаются въ позднемъ періодѣ постоянно, но діагностическое ихъ значеніе не особенно велико, такъ какъ они бываютъ и при другихъ болѣзняхъ, напр. при тифѣ.

Сведеніе затылка принадлежитъ тоже къ числу довольно постоянныхъ, но позднихъ симптомовъ туберкулезнаго менингита; для дифференціальной діагностики отъ тифа оно можетъ имѣть значеніе только потому, что сопровождается сравнительно низкими температурами, а при тифѣ — высокими (40 и больше).

При сведенномъ затылкѣ пассивное сгибаніе головы всегда бы-

ваетъ крайне болѣзненнымъ и вызываетъ реакцію со стороны больного, въ видѣ крика или искаженія чертъ лица даже и въ періодѣ довольно глубокой спячки, когда, напр., уколы булавкой уже вовсе не ощущаются. Такъ какъ при положеніи на спинѣ подушки производятъ извѣстное давленіе на сведенный затылокъ въ смыслѣ сгибанія головы, то ребенокъ, несмотря на сонливость, инстинктивно принимаетъ положеніе на боку и для сохраненія равновѣсія сгибаетъ ноги въ бедренныхъ и колѣнныхъ сочлененіяхъ, т.-е. онъ лежитъ на боку скорчившись, и такое положеніе, извѣстное подъ именемъ „положенія легавой собаки", довольно характерно для туберкулезнаго менингита (при тифѣ, напр., больные лежатъ большею частью на спинѣ).

Характерно также для habitus'a менингитика значительное исхуданіе, достигающее при этой болѣзни самыхъ высшихъ степеней въ сравнительно очень короткій срокъ: въ какія-нибудь двѣ недѣли больной представляетъ, что называется, кости и кожу, т.-е. такое истощеніе, какое при тифѣ никогда не встрѣчается такъ рано.

Общія судороги сами по себѣ ничего типичнаго для менингита не представляютъ; слѣдуетъ имѣть въ виду, что несмотря на полное отсутствіе какого-либо фокуснаго страданія мозга, онѣ все-таки могутъ быть односторонними и часто оставляютъ послѣ себя ограниченные параличи. Почти никогда эклямпсія не появляется съ самаго начала болѣзни, обыкновенно же дня за 3—4 до смертельнаго исхода. По наблюденіямъ Barthez и Rilliet, если конвульсіи являются вначалѣ и отличаются особымъ упорствомъ, то онѣ всегда указываютъ на присутствіе большихъ туберкуловъ въ мозгу.

Родители часто обращаются къ врачу съ вопросомъ — долго ли проживетъ ребенокъ? скоро ли кончатся его мученія? Опредѣлять время смерти — дѣло вообще очень трудное, а при туберкулезномъ менингитѣ тѣмъ болѣе, такъ какъ продолжительность его колеблется въ довольно широкихъ размѣрахъ, но приблизительно можно руководствоваться слѣдующими соображеніями. Въ большинствѣ случаевъ острая головная водянка (туберкулезная или простая, это все равно) продолжается 2—3 недѣли. Пока пульсъ остается замедленнымъ, то очень близкой смерти ждать нельзя, хотя бы спячка и была рѣзко выражена; если пульсъ начинаетъ значительно учащаться, то дѣло идетъ къ концу, и когда онъ доходитъ до 180—200 ударовъ, то едва ли больной проживетъ болѣе 1—$1^1/_2$ сутокъ; невозможность глотанія (не во время судорогъ

только, а постоянно) является не болѣе, какъ за сутки до летальнаго исхода, а хриплое, клокочущее дыханіе за нѣсколько часовъ.

Особенно быстро протекаетъ менингитъ въ томъ случаѣ, когда развивается у ребенка, страдающаго рѣзко выраженной чахоткой. По Rilliet и Barthez'у, въ такихъ случаяхъ дѣло прямо начинается судорогами, за которыми слѣдуетъ спячка и другія явленія послѣдняго періода.

Туберкулезный менингитъ въ различныхъ своихъ періодахъ можетъ имѣть сходство со многими болѣзнями. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ надо постараться прежде всего выяснить вопросъ о періодѣ предвѣстниковъ (т.-е. были-ли въ данномъ случаѣ соотвѣтствующіе симптомы) и есть-ли у ребенка наслѣдственное или пріобрѣтенное расположеніе къ туберкулезу. Чтобъ съ увѣренностью ставить діагностику туберкулезнаго менингита при отсутствіи упомянутыхъ этіологическихъ условій, надо имѣть гораздо болѣе клиническихъ данныхъ, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда самъ больной или его братья страдали туберкулезомъ въ той или иной формѣ.

Узнать приближеніе туберкулезнаго менингита въ періодѣ предвѣстниковъ невозможно, потому что въ это время нѣтъ никакихъ характерныхъ симптомовъ. Что ребенокъ безъ всякой видимой причины съ нѣкоторыхъ поръ теряетъ аппетитъ, худѣетъ и блѣднѣетъ — еще ничего не доказываетъ, такъ какъ подобные симптомы встрѣчаются также при анеміи, легкомъ катаррѣ желудка, глистахъ. Положеніе дѣлается болѣе подозрительнымъ, если ребенокъ, кромѣ того, представляетъ симптомы раздраженія мозга: жалуется на головокруженіе, пугается во снѣ, скрежещетъ зубами, тогда какъ раньше у него не было этихъ припадковъ.

Если продромальный періодъ протекаетъ съ значительной лихорадкой, то можетъ быть принятъ за тифъ (см. діагн. тифа отъ остраго миліарнаго туберкулеза).

Въ первомъ періодѣ, когда главными симптомами бываютъ рвота, головная боль, апатія и запоръ, вопросъ можетъ идти о катаррѣ желудка, о началѣ тифа и о гипереміи мозга.

Объ отличіи желудочной рвоты отъ мозговой мы ужъ говорили на стр. 11, здѣсь-же добавимъ слѣдующее: у *грудного ребенка* начало менингита часто принимается за деспепсію, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ, кромѣ рвоты, наблюдается и безпокойство ребенка. Противъ диспепсіи говоритъ, во 1-хъ, *повышеніе температуры*, обыкновенно сопровождающее начало менингита, особенно у маленькихъ дѣтей.

Во 2-хъ, *отсутствіе диспептическаго стула.* Признакъ этотъ чрезвычайно важенъ, если только онъ на лицо; но такъ какъ поносъ у маленькихъ дѣтей можетъ встрѣтиться и при менингитѣ, то надо помнить, что обратнаго заключенія на основаніи этого признака дѣлать нельзя.

Въ 3-хъ, *упорство рвоты.* Рвота при диспепсіи въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень скоро прекращается при регулированіи діэты (напр., при запрещеніи коровьяго молока) и при назначеніи соотвѣтственныхъ лѣкарствъ (magisth. bismuthi, cerium oxalic., маленькія дозы каломеля), между тѣмъ какъ для мозговой рвоты характерно именно то, что она упорно продолжается, несмотря на самое правильное кормленіе ребенка (хотя-бы, напр., молокомъ матери) и не уступаетъ лѣкарствамъ. Еще типичнѣе, если *для рвоты нельзя открыть никакой причины* въ діэтѣ, т.-е. если она появилась у ребенка при той самой пищѣ, которую до сихъ поръ онъ отлично переносилъ.

Въ 4-хъ, *характеръ крика.* При диспепсіи крикъ силенъ, но онъ является приступами, т.-е. вдругъ начинается и внезапно-же исчезаетъ, тогда какъ при менингитѣ ребенокъ кричитъ, можетъ быть, и не такъ сильно, но за то продолжительно; онъ просто не знаетъ покоя ни днемъ, ни ночью. Крикъ отъ коликъ, какъ и сама диспепсія, встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ; всего чаще отъ 1 до 3 мѣсяцевъ; менингитъ, напротивъ, чаще встрѣчается послѣ 6 мѣсяцевъ.

Въ 5-хъ, *дальнѣйшее теченіе.* Черезъ нѣсколько дней послѣ появленія мозговой рвоты ребенокъ дѣлается сонливъ, а потомъ появляются и другіе мозговые симптомы, изъ которыхъ напряженная, иногда даже выдающаяся, фонтанель, неподвижный взглядъ и сосательныя движенія губами во время сна, являются обыкновенно раньше эклямпсическихъ судорогъ, полной спячки и сведеннаго затылка.

Еще большее сходство съ началомъ острой головной водянки представляютъ иногда случаи *подостраго гастрита у болѣе взрослыхъ дѣтей.* Болѣзнь эта протекаетъ или при правильной, или съ слегка повышенной температурой и характеризуется подчасъ совершенно тѣми же симптомами, какъ и начало менингита, т.-е. рвотой, небольшой головной болью, апатіей, запоромъ и даже неправильнымъ и замедленнымъ пульсомъ. Такія формы гастрита, образчики которыхъ можно найти, напр., въ руководствѣ Henoch'a (3-е изд. стр. 297), у Rilliet и Barthez'a (T. II 1. 37), а также

и въ 1-мъ вып. моихъ лекцій объ остр. инф. болѣз. стр. 23, чаще встрѣчаются у дѣтей отъ 4 до 7 лѣтъ. Въ подобныхъ случаяхъ дифференціальная діагностика гастрита отъ менингита на основаніи *однихъ* только *симптомовъ* не всегда можетъ быть установлена; здѣсь важнѣе этіологическіе моменты, дальнѣйшее теченіе и результаты терапіи. Можно предполагать ложный менингитъ (т.-е. гастритъ) въ томъ случаѣ, если мозговые симптомы появляются у ребенка, до тѣхъ поръ здороваго, послѣ грубыхъ погрѣшностей въ діэтѣ или послѣ пищи, совсѣмъ не привычной ребенку, а также въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ о долго голодавшемъ ребенкѣ, выздоравливающемъ отъ острой лихорадочной болѣзни, когда неосторожно удовлетворяютъ быстро увеличивающійся аппетитъ. Наоборотъ, гастритъ невѣроятенъ, если со стороны діэты на него нѣтъ указаній. Во всякомъ случаѣ сомнѣніе не можетъ продолжаться долго, такъ какъ мозговые симптомы при гастритѣ черезъ нѣсколько дней исчезаютъ, а при менингитѣ они усиливаются. Что касается до терапіи, то пробнымъ камнемъ можетъ служить слабительное, будетъ ли то каломель, или что-нибудь другое. Мозговые симптомы, зависящіе отъ менингита, или вовсе не измѣняются послѣ дѣйствія желудка или очень мало, тогда какъ въ случаѣ гастрита улучшеніе дѣлаетъ быстрые успѣхи.

Отсюда вытекаетъ такое правило: если у ребенка появляются симптомы, напоминающіе первый періодъ туберкулезнаго менингита, то во 1-хъ, не слѣдуетъ торопиться съ точной діагностикой и отнюдь не ставить абсолютно дурного предсказанія, а во 2-хъ, прежде всего надо назначить больному слабительное.

Впрочемъ, въ случаяхъ гастрита обыкновенно дѣло не доходитъ до полнаго сходства съ началомъ менингита, такъ какъ не всѣ перечисленные симптомы бываютъ на лицо: то нѣтъ замедленнаго пульса, то не замѣтно апатіи, а иногда даже и рвоты нѣтъ. Еще легче распознать гастритъ, сопровождающійся мозговыми симптомами, въ томъ случаѣ, когда есть симптомы, спеціально ему свойственные, каковы: желтуха или, по крайней мѣрѣ, *желтизна конъюнктивы,* густо обложенный языкъ, непріятный запахъ изо рта, вздутость и легкая болѣзненность подложечки при давленіи на нее и наконецъ, herpes labialis, почти никогда не встрѣчающійся при туберкулезномъ менингитѣ, но очень часто при засореніи желудка. Противъ гастрита и за менингитъ говоритъ, по мнѣнію Henoch'a, неправильный и *въ то же самое время* замедленный пульсъ, тогда какъ одна неправильность безъ замедленія

не имѣетъ особаго діагностическаго значенія. (По нашему мнѣнію, даже и одновременное существованіе обоихъ этихъ признаковъ не рѣшаетъ еще дѣла).

Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что картину начинающагося менингита могутъ вызвать также *кишечныя глисты*. Въ случаѣ Saint-Goglimelli, напр., мальчикъ 9 лѣтъ заболѣлъ вдругъ знобомъ (38,5) и повторной желчной рвотой, а вслѣдъ за тѣмъ у него появились сведеніе затылка, сходящееся косоглазіе, скрежетъ зубовъ, вскрикиванья, полукоматозное состояніе. Послѣ выхода аскаридъ въ количествѣ болѣе 100 штукъ, черезъ 3 дня, ребенокъ былъ ужъ здоровъ (Врачъ 87. с. 605). Въ литературѣ такіе случаи описаны въ довольно большомъ количествѣ, и нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что раздраженіе кишокъ глистами можетъ оказывать рефлекторное вліяніе на вазомоторы мозга и производить такимъ образомъ разстройство кровообращенія въ полости черепа, но, вѣроятно, подобные случаи крайне рѣдки и мнѣ лично не встрѣтились ни разу; гораздо чаще случается видѣть выходъ глистъ (аскаридъ) въ началѣ менингита, но противоглистное лѣченіе въ такихъ случаяхъ не оказываетъ ровно никакого вліянія на теченіе болѣзни.

То же самое можно сказать и по поводу *прорѣзыванія зубовъ*. Очень часто во время менингита рѣжутся зубы, но очень рѣдко процессъ этотъ вызываетъ комплексъ симптомовъ острой головной водянки въ видѣ спячки, замедленнаго пульса, сведеннаго затылка и проч. Правда, у дѣтей, расположенныхъ къ судорогамъ, прорѣзываніе зубовъ не особенно рѣдко сопровождается эклампсіей, но въ такомъ случаѣ картина болѣзни вовсе не похожа на туберкулезный менингитъ.

Зависимость мозговыхъ припадковъ отъ глистъ или отъ зубовъ признается въ томъ случаѣ, когда всѣ симптомы быстро исчезаютъ вслѣдъ за устраненіемъ причины (изгнаніе аскаридъ, выходъ зуба). Такіе опытные люди, какъ Henoch и Cadet de Gassicourt, между прочимъ, высказываются за возможность происхожденія мозговыхъ гиперемій, симулирующихъ менингитъ, подъ вліяніемъ прорѣзыванія зубовъ.

Если туберкулезный менингитъ является послѣднимъ актомъ остраго миліарнаго туберкулеза и въ такомъ случаѣ сопровождается значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, по крайней мѣрѣ вначалѣ, то возникаетъ вопросъ о *тифѣ*, тѣмъ болѣе, что и тифъ можетъ сопровождаться различными мозговыми симптомами, симулирующими менингитъ. О діагностикѣ этихъ тифозныхъ формъ

менингита отъ тифа мы скажемъ въ главѣ о послѣднемъ, здѣсь же замѣтимъ только, что типическіе случаи туберкулезнаго менингита отличаются отъ тифа очень легко уже по температурѣ: нервные симптомы (сонливость, сведеніе затылка, головная боль и проч.) при менингитѣ сопровождаются температурой близкой къ нормѣ (б. ч. ниже 39), а при тифѣ симптомы, служащіе выраженіемъ тяжелой инфекціи, протекаютъ при значительной лихорадкѣ (около 40°). Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, говорящихъ за менингитъ и противъ тифа, мы укажемъ на замедленный и неправильный пульсъ (при тифѣ пульсъ тоже нерѣдко бываетъ замедленъ, но онъ остается правильнымъ), втянутый животъ, несмотря на запоръ (при тифѣ нѣсколько вздутый животъ и часто бываетъ поносъ), параличи лицевыхъ или глазныхъ мышцъ, автоматическія движенія той или другой конечностью, широкіе, нереагирующіе зрачки, неподвижный взглядъ.

Большое сходство съ начальнымъ періодомъ менингита могутъ представить случаи *воспаленія средняго уха* (otitis media). Такъ какъ дѣти даже и старшаго возраста не всегда жалуются при этомъ на боль въ ухѣ, то болѣзнь эта часто просматривается. Какъ и при менингитѣ, здѣсь можетъ быть повышеніе температуры, головная боль, рвота, потемнѣніе сознанія, вскрикиваніе и безпокойство и даже судороги. Чтобъ не впасть въ ошибку, надо принять себѣ за правило изслѣдовать уши у всякаго ребенка, представляющаго симптомы раздраженія мозга; особенно это необходимо въ томъ случаѣ, когда есть основаніе подозрѣвать возможность пораженія ушей, напр. когда больной имѣетъ насморкъ или катарръ зѣва или хвораетъ скарлатиной, корью, оспой, пнеймоніей. Діагностики ради, Tröltsch совѣтуетъ прибѣгать въ подобныхъ случаяхъ къ продуванію ушей по способу Politzer'а. Если послѣ этого общее состояніе значительно улучшается, то едва ли можетъ быть сомнѣніе насчетъ существованія экссудативнаго отита. Цѣнные результаты можетъ дать также ощупываніе ушей (боль при давленіи на tragus или на сосцевидный отростокъ, припухшія железки непосредственно сзади ушной раковины или въ области parotis) и у старшихъ дѣтей — изслѣдованіе слуха. Съ появленіемъ течи изъ уха всѣ мозговые симптомы быстро исчезаютъ.

Наконецъ, симптомы менингита могутъ быть вызваны **гипереміей мозга**, встрѣчающейся у дѣтей подъ вліяніемъ усиленныхъ умственныхъ занятій, инсоляціи, травмы, спиртныхъ напитковъ. Подъ вліяніемъ той или иной причины ребенокъ жалуется на головную боль,

съ нимъ дѣлается рвота, температура нѣсколько повышается, является сонливость, замедленіе и неправильность пульса, даже сведеніе затылка, словомъ, все, какъ въ началѣ менингита, съ тою лишь разницей, что черезъ нѣсколько дней всѣ эти припадки быстро исчезаютъ и ребенокъ выздоравливаетъ.

Во второмъ періодѣ менингита, когда всѣ симптомы сдавленія мозга (спячка, параличныя и судорожныя явленія, нереагирующіе зрачки и проч.) выражены рѣзко, когда, слѣдовательно, существованіе мозговой болѣзни несомнѣнно, діагностика можетъ представить затрудненія только по отношенію къ другимъ мозговымъ страданіямъ, каковы: 1) простая острая головная водянка; 2) менингитъ, развивающійся въ окружности какого-нибудь новообразованія, каковы: солитарные туберкулы, гумма, склерозъ (Cadet de Gassicourt), 3) острый гнойный менингитъ, 4) анемія и отекъ мозга, 5) пассивная гиперемія и тромбозъ синусовъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ діагностика основывается не столько на отдѣльныхъ симптомахъ, сколько на анамнезѣ и теченіи.

1) **Простая острая головная водянка** характеризуется тѣми же самыми симптомами и во многихъ случаяхъ *такимъ же теченіемъ*, какъ и туберкулезная. Единственный симптомъ, спеціально свойственный туберкулезному менингиту, именно присутствіе бугорковъ на днѣ глаза, имѣетъ болѣе теоретическій интересъ, такъ какъ встрѣчается крайне рѣдко. Предполагать простой серозный менингитъ можно въ томъ случаѣ, если ребенокъ стоитъ въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, если до заболѣванія менингитомъ онъ былъ совершенно здоровъ, не представлялъ симптомовъ періода предвѣстниковъ, въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на туберкулезъ, и, наконецъ, если болѣзнь кончилась полнымъ выздоровленіемъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ діагностика нетуберкулезной острой головной водянки облегчается своеобразными особенностями теченія ея. Дѣло въ томъ, что встрѣчаются дѣти на видъ совершенно здоровыя, хорошо упитанныя, даже нѣсколько тучныя, безъ наслѣдственнаго расположенія къ туберкулезу, отличающіяся наклонностью къ мозговымъ приливамъ: начиная съ 3-го мѣсяца жизни, черезъ различные болѣе или менѣе продолжительные промежутки съ ними дѣлаются приступы эклямпсическихъ судорогъ, обыкновенно со рвотой и съ лихорадочнымъ состояніемъ. Подобные припадки повторяются разъ или два въ мѣсяцъ, но всякій разъ проходятъ какъ бы безслѣдно, пока, наконецъ, послѣ одного изъ такихъ приступовъ не разовьется картина менингита; особенно легко

19*

поставить діагнозъ простой головной водянки въ случаяхъ затяжнаго теченія, когда менингитъ затягивается болѣе чѣмъ на мѣсяцъ; иногда медленно развивающаяся водянка переходитъ въ хроническій hydrocephalus или кончается полнымъ выздоровленіемъ.

2) *Ограниченный менингитъ въ окружности новообразованія* никакими особенностями теченія не отличается. Cadet de Gassicourt относитъ къ этой категоріи всѣ случаи менингита, кончающіеся выздоровленіемъ, т.-е. діагностика ставится, такъ сказать, заднимъ числомъ. Въ существованіи идіопатическаго, не туберкулезнаго менингита, т.-е. простой острой головной водянки, который тоже иногда кончается выздоровленіемъ, Cadet de Gas. сомнѣвается.

3) О діагностикѣ остраго гнойнаго менингита см. слѣдующую главу.

4) Подъ именемъ **анеміи мозга** или гидроцефалоида мы понимаемъ комплексъ симптомовъ, характеризующій мозговое страданіе у дѣтей, истощенныхъ тяжелыми формами поноса. Анатомическая сущность этого страданія можетъ быть сведена къ запустѣнію артерій и переполненію венъ вслѣдствіе слабой дѣятельности сердца, къ отеку мозга и отчасти къ водянкѣ желудочковъ, вслѣдствіе нарушеннаго кровообращенія въ мозгу, и къ атрофіи мозга отъ истощенія (hydrocephalus ex vacuo).

Гидроцефалоидъ встрѣчается въ острой и подострой формѣ, различающихся между собой, главнымъ образомъ, быстротой развитія симптомовъ. Острая форма, свойственная груднымъ дѣтямъ, является слѣдствіемъ дѣтской холеры, а подострая, встрѣчающаяся у дѣтей лѣтъ двухъ и старше, — хроническаго поноса.

Въ первомъ случаѣ, черезъ нѣсколько дней послѣ упорной рвоты и поноса прежде всего появляются припадки раздраженія мозга (безпокойство, безсонница, постоянное треніе головой о подушку), а потомъ скоро наступаетъ упадокъ силъ и дѣятельности сердца, а вмѣстѣ съ тѣмъ и припадки угнетенія мозга: при очень маломъ и частомъ пульсѣ, ввалившихся глазахъ и впавшемъ родничкѣ ребенокъ дѣлается сонливъ и нерѣдко представляетъ мѣстныя (сведеніе затылка и конечностей) или общія судороги и наконецъ умираетъ въ спячкѣ при явленіяхъ полнаго истощенія. Вся болѣзнь продолжается 5—7 дней. Діагностика отъ менингита основывается на анамнезѣ (болѣзнь началась рвотой и обильнымъ водянистымъ поносомъ), на явленіяхъ колляпса (ввалившаяся фонтанель, общее истощеніе, субнормальная температура) и на быстротѣ теченія.

Подострая форма гидроцефалоида развивается постепенно и потому болѣе похожа на туберкулезный менингитъ, чѣмъ предыдущая.

Ребенокъ страдаетъ поносомъ ужъ нѣсколько недѣль, онъ сильно похудалъ, такъ что кожа повсюду легко собирается въ складки *ступни* и *вѣки* нерѣдко представляютъ *отечную припухлость;* онъ дѣлается раздражителенъ, страдаетъ безсонницей, вздрагиваетъ отъ рѣзкаго шума, вообще представляетъ симптомы раздраженія мозга, иногда появляется даже и рвота, но *пульсъ* не дѣлается ни *замедленнымъ,* ни *неправильнымъ* даже и въ томъ случаѣ, когда, спустя нѣсколько дней, появляется сонливость и еще позднѣе полная спячка, при широкихъ, слабо реагирующихъ зрачкахъ; во все время пульсъ остается малымъ и частымъ. Въ періодѣ спячки можетъ появиться сведеніе затылка или общія судороги, пятна Trousseau и т. д., словомъ, получается картина, очень похожая на поздній періодъ туберкулезнаго менингита и, тѣмъ не менѣе, въ большинствѣ случаевъ діагностика не трудна, если только извѣстно изъ анамнеза, что ребенокъ страдалъ хроническимъ поносомъ, поведшимъ къ сильному истощенію. Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, могущихъ служить для дифференціальной діагностики гидроцефалоида отъ острой головной водянки, заслуживаютъ вниманія слѣдующіе:

Гидроцефалоидъ.	**Острая головная водянка.**
Температура ниже нормальной (35,5—36,5).	Субфебрильная (37,8—38,2) или лихорадочная.
Пульсъ всегда малъ, частъ и слабъ, но правиленъ.	Вначалѣ замедленный, потомъ частый, но въ обоихъ случаяхъ неправильный; передъ смертью очень частый, нитевидный.
Рвота часто отсутствуетъ.	Обязательна въ началѣ болѣзни и бол. ч. повторная.
Поносъ, бывшій до начала болѣзни, продолжается и въ періодѣ развитія мозговыхъ симптомовъ и прекращается лишь незадолго до смерти.	Почти всегда бываетъ запоръ съ первыхъ дней появленія мозговыхъ припадковъ; если до этого былъ поносъ, то онъ обыкновенно прекращается.
Картина общаго истощенія нерѣдко сопровождается *отеками* ступеней и лица (Widerhofer).	Отековъ не бываетъ, даже и при самомъ сильномъ истощеніи.
Родничекъ вваливается.	Родничекъ выпяченъ и напряженъ.
Параличей лицевыхъ мышцъ нѣтъ.	Параличи встрѣчаются нерѣдко.

5) *Пассивная гиперемія мозга,* сопровождающаяся тяжелыми мозговыми припадками, всего чаще встрѣчается при коклюшѣ у маленькихъ дѣтей. Интересный случай такого рода приводитъ, напр., Henoch (l. c. S. 425. 3. Aufl.).

Подъ вліяніемъ сильныхъ пароксизмовъ коклюшнаго кашля у ребенка стали появляться эклямпсическія судороги, а потомъ мало по малу развились и другіе мозговые симптомы въ видѣ косоглазія, неподвижнаго взгляда, сосательныхъ движеній губами, спячки, сведенія затылка и конечностей; черезъ 20 дней смерть въ сопорѣ. Къ довершенію сходства за 11 дней до летальнаго исхода появилось еще и лихорадочное состояніе (38,4—39,2) подъ вліяніемъ бронхопнеймоніи. Henoch діагносцировалъ туберкулезный менингитъ и ошибся! При вскрытіи была констатирована только сильная застойная гиперемія мозга и его оболочекъ, подъ вліяніемъ коклюшныхъ пароксизмовъ и бронхопнеймоніи. Предполагать такую причину мозговыхъ симптомовъ слѣдуетъ въ томъ случаѣ, если послѣдніе сопровождаются еще и другими признаками ослабленной дѣятельности сердца, каковы: ціанозъ лица, похолоданіе и, можетъ быть, даже отекъ конечностей, чрезвычайно малый и частый пульсъ. У такихъ больныхъ *никогда не бываетъ замедленнаго и неправильнаго пульса,* точно такъ же, какъ и неправильнаго дыханія съ глубокими вздохами; напротивъ того, оно *всегда поверхностно и очень учащено* (до 80—100 разъ въ минуту). Та же самая картина можетъ получиться и безъ коклюша при условіи существованія другихъ причинъ для венознаго застоя въ мозгу, напр., въ случаѣ тромбоза синусовъ, а потому надо быть очень осторожнымъ съ діагностикой туберкулезнаго менингита въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣешь дѣло съ больнымъ ціанотичнымъ или представляющимъ другіе признаки упадка сердечной дѣятельности, а также и въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе предполагать возможность развитія *закупорки синусовъ*; послѣдній процессъ всего чаще присоединяется къ воспаленіямъ уха съ каріознымъ разрушеніемъ височной кости; въ другихъ случаяхъ причиной тромбоза бываетъ застой крови въ венахъ головы, напр., сдавленіе верхней полой вены увеличенными железами, или ослабленная дѣятельность сердца подъ вліяніемъ поносовъ и другихъ истощающихъ болѣзней, въ томъ числѣ и острыхъ лихорадочныхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тромбозъ синусовъ можетъ быть узнанъ при жизни, именно, если рядомъ съ различными мозговыми симптомами разлитого пораженія мозга (рвота, головная боль, сонли-

вость, косоглазіе, сведеніе затылка) появляются еще нѣкоторые припадки, спеціально указывающіе на закупорку того или иного синуса; такъ, при непроходимости sin. transversi — плотная отечная припухлость сзади уха (для происхожденія этого симптома нужно, чтобъ тромбозъ распространился на заднеушныя вены) и запустѣніе наружной яремной вены на больной сторонѣ (у дѣтей эти вены вообще недоступны ощупыванію, а потому признакъ этотъ едва ли когда-нибудь встрѣчается въ дѣтской практикѣ). При закупоркѣ sin. cavernosi — легкое выпячиваніе глазного яблока (отъ застоя въ v. ophthalmica), отекъ вѣкъ, а иногда и всей половины лица. При закрытіи sin. longitudinalis super. — ціанозъ лица, расширеніе венъ, идущихъ отъ темени къ вискамъ, носовыя кровотеченія. Къ сожалѣнію, эти спеціальные признаки тромбозовъ встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ, а потому и діагностика остается часто въ видѣ предположенія.

Гнойное воспаленіе мягкой мозговой оболочки. Meningitis simplex s. purulenta отличается отъ туберкулезнаго менингита не столько качествомъ припадковъ, сколько группировкой ихъ и быстротой теченія, а также и этіологіей, о которой было ужъ сказано. Трудно указать на какой-нибудь симптомъ туберкулезнаго менингита, который не могъ бы встрѣтиться и при mening. simplex. Въ отличіе отъ mening. tuberculosa, характеризующейся медленнымъ началомъ и постепеннымъ развитіемъ симптомовъ сдавленія мозга, гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ начинается сразу, т.-е. безъ предвѣстниковъ, и очень остро: знобомъ, сильной головной болью, рвотой и быстрымъ поднятіемъ температуры градусовъ до 40. При туберкулезномъ менингитѣ ребенокъ въ теченіе первой недѣли вовсе не производитъ впечатлѣнія опасно больного: онъ жалуется лишь на умѣренную головную боль и головокруженіе и, находясь въ состояніи апатіи, но въ полномъ сознаніи, лежитъ въ постели совершенно покойно, между тѣмъ какъ при гнойной формѣ менингита уже къ концу первыхъ сутокъ или на второй день больной или сильно безпокоится и мечется въ постели, или бредитъ, вскакиваетъ и вообще выказываетъ признаки нарушенной психики и затемненнаго сознанія. *Онъ производитъ впечатлѣніе тяжелаго больного уже съ самаго начала.* Дня черезъ 3—4 сознаніе совсѣмъ исчезаетъ, появляются мѣстныя (въ лицѣ) или общія судороги и спячка и къ концу недѣли или даже раньше наступаетъ смертельный исходъ. Вотъ, въ этой-то быстротѣ развитія симптомовъ и въ скоромъ наступленіи летальнаго исхода и состоитъ главное отличіе гнойнаго менингита отъ туберкулезнаго.

Что касается отдѣльныхъ симптомовъ, то, какъ ужъ сказано, они не даютъ надежныхъ точекъ опоръ для діагностики.

Головная боль при гнойной формѣ отличается съ самаго начала гораздо бо̀льшей силой, чѣмъ при туберкулезномъ воспаленіи: *рвота* и *запоръ* въ обоихъ случаяхъ приблизительно одинаковы, но впаденіе живота бываетъ болѣе рѣзкимъ при туберкулезной формѣ (можетъ быть потому, что она дольше тянется, такъ какъ въ первые дни и при ней животъ еще мало втянутъ). Припадки сдавленія мозга въ видѣ замедленнаго и неправильнаго пульса и широкихъ, нереагирующихъ зрачковъ, при простомъ менингитѣ могутъ совсѣмъ отсутствовать (въ первые дни пульсъ всегда сообразно температурѣ учащенъ и полонъ, а зрачки сужены) именно въ тѣхъ случаяхъ, когда хороидальныя сплетенія не участвуютъ въ воспаленіи и, стало быть, нѣтъ растяженія желудочковъ; въ противномъ же случаѣ и при простомъ менингитѣ замѣчается замедленный и неправильный пульсъ, но только, благодаря лихорадкѣ, не въ столь рѣзкой степени.

Пораженіе лицевыхъ и глазныхъ нервовъ, выходящихъ изъ основанія мозга, при базилярномъ менингитѣ выражается постояннѣе и рѣзче, чѣмъ при воспаленіи оболочекъ на выпуклости мозга.

Лихорадка при туберкулезномъ менингитѣ умѣренна (до 38,5), а въ періодѣ разгара болѣзни можетъ совсѣмъ отсутствовать, тогда какъ при mening. purul. она съ самаго начала высока (до 40°/₀) и остается на этой степени до конца.

Въ общемъ можно сказать, что въ своихъ типическихъ представителяхъ эти двѣ формы воспаленія мозговыхъ оболочекъ отличаются другъ отъ друга легко, но обѣ онѣ протекаютъ иногда неправильно, и тогда дифференціальная діагностика можетъ представить большія затрудненія, особенно при недостаткѣ анамнеза и неизвѣстности этіологическаго момента. Такъ напр., туберкулезный менингитъ принимаетъ чрезвычайно бурное теченіе и кончается смертью въ нѣсколько дней, если онъ развивается у ребенка въ послѣдней степени чахотки (Barthez и Rilliet) или если высыпаніе бугорковъ сопровождается гнойнымъ воспаленіемъ не только основанія мозга, но и поверхности полушарій. Тутъ правильная оцѣнка симптомовъ можетъ быть сдѣлана только на основаніи анамнеза и этіологіи.

Съ другой стороны, и простой гнойный менингитъ развивается иногда довольно медленно и, распространяясь на основаніе мозга и на желудочки, даетъ картину острой головной водянки. Такое теченіе нерѣдко принимаетъ, напр., менингитъ, развивающійся вслѣд-

ствіе хроническаго отита съ костоѣдой височной кости или даже и безъ нарушенія послѣдней. Въ подобныхъ случаяхъ развитію менингита могутъ предшествовать болѣе или менѣе тяжелые мозговые симптомы, зависящіе отъ разстройствъ кровообращенія въ полости черепа вслѣдствіе тромбоза синусовъ, или отъ воспаленія твердой мозговой оболочки, или, наконецъ, отъ образованія нарыва въ мозгу. При подобныхъ условіяхъ болѣзнь мозга можетъ затянуться на нѣсколько недѣль и все-таки остаться безъ точной діагностики, тѣмъ болѣе, что и этіологія тутъ ничего не рѣшаетъ, такъ какъ дѣло идетъ объ истощенныхъ или золотушныхъ дѣтяхъ и потому нельзя рѣшить, заболѣли-ли они менингитомъ подъ вліяніемъ туберкулезнаго расположенія, или отъ мѣстной причины со стороны уха.

Болѣзни, съ которыми можетъ быть смѣшанъ острый гнойный менингитъ, очень разнообразны и потому діагностическія ошибки встрѣчаются нерѣдко. Я лично (да вѣроятно и другіе врачи тоже) гораздо чаще ошибался въ томъ смыслѣ, что предполагалъ менингитъ тамъ, гдѣ его не было. Поводъ къ ошибочному распознаванію могутъ дать всѣ остро-лихорадочныя болѣзни, начинающіяся съ сильнаго жара, рвоты и общихъ судорогъ, а особенно тѣ, при которыхъ судороги бываютъ повторными и сопровождаются полубезсознательнымъ состояніемъ или бредомъ, или сопоромъ, — что наиболѣе свойственно тяжелой скарлатинѣ, оспѣ и воспаленію легочныхъ верхушекъ. О діагностикѣ подобныхъ случаевъ я говорилъ въ главѣ объ эклямпсіи и пнеймоніи; здѣсь прибавлю еще слѣдующее. Всѣ эти три инфекціонныхъ болѣзни принимаютъ сходство съ менингитомъ только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, для которыхъ обязательна очень высокая начальная температура, мало свойственная менингиту, такъ что если на первый или на второй день болѣзни можно констатировать температуру in ano выше 40,5, то это обстоятельство сильно говоритъ противъ менингита.

Изъ упомянутыхъ болѣзней всего скорѣе выясняется скарлатина и, благодаря раннему появленію сыпи, колебаніе врача продолжается не долѣе сутокъ; при оспѣ сыпь показывается только на 3-й день и если въ анамнезѣ нѣтъ указаній на возможность зараженія оспой и если нѣтъ продромальной петехіальной сыпи, то діагностика остается подъ сомнѣніемъ трое сутокъ. *Знаки привитой оспы* почти навѣрное *исключаютъ тяжелую оспу*. Пнеймонія верхушекъ не выясняется еще дольше, напр. 7—9 дней. Противъ менингита и за воспаленіе легкихъ говорятъ слѣдующіе моменты: отсутствіе причины для менингита поверхности полушарій; начало болѣзни съ на-

сморка (если пнеймонія, какъ это обыкновенно бываетъ, развивается изъ гриппа), очень высокія температуры (при пнеймоніи нерѣдко 41—41,5 и даже 42°), отсутствіе параличей со стороны нервовъ лица и глазъ и сведенія затылка (эти симптомы хотя и могутъ встрѣтиться при пнеймоніи, протекающей съ повторными судорогами, но въ дѣйствительности встрѣчаются при ней крайне рѣдко, а при менингитѣ часто); теченіе: острый гнойный менингитъ отличается прогрессивнымъ теченіемъ и если дѣло дошло до судорогъ, то скоро наступаетъ смерть; больному съ каждымъ днемъ становится все хуже, между тѣмъ какъ при пнеймоніи общее состояніе въ теченіе нѣсколькихъ дней, не смотря на судороги, остается in statu quo, а потомъ, по мѣрѣ выясненія воспаленія, мозговые симптомы постепенно или быстро исчезаютъ. Учащенное дыханіе не имѣетъ особаго діагностическаго значенія, такъ какъ при остромъ менингитѣ у маленькихъ дѣтей оно тоже учащается. Конвульсивная форма пнеймоніи встрѣчается почти исключительно только у маленькихъ дѣтей въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ. При другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, начинающихся съ судорогъ, сомнѣніе не можетъ продолжаться долѣе одного дня, такъ какъ эклямпсія обыкновенно не повторяется, сознаніе проясняется очень скоро, а слѣдовательно и сходство съ менингитомъ не остается.

Безлихорадочная эклямпсія, хотя бы и повторная и потому въ сопровожденіи сопора или какихъ-нибудь другихъ мозговыхъ симптомовъ, уже потому не можетъ быть смѣшана съ острымъ менингитомъ, что или вовсе не сопровождается повышеніемъ температуры, или послѣднее бываетъ очень незначительнымъ.

Полное сходство съ менингитомъ можетъ представить *уремія,* но тутъ выручаетъ врача знаніе этіологическаго момента, т.-е. что до появленія мозговыхъ симптомовъ (головной боли, рвоты, общихъ судорогъ, потери сознанія или бреда) больной имѣлъ воспаленіе почекъ; да если даже анамнезъ и не извѣстенъ, то можно выяснить дѣло посредствомъ изслѣдованія мочи.

Наконецъ, надо упомянуть еще о *воспаленіи лабиринта,* которое тоже вызываетъ симптомы менингита. Болѣзнь эта начинается среди полнаго здоровья жаромъ и рвотой, а затѣмъ слѣдуютъ и другіе мозговые припадки, въ видѣ потемнѣнія сознанія, сведенія затылка, бреда, спячки. По прошествіи немногихъ дней, больной выздоравливаетъ, но остается глухимъ, да походка его въ теченіе нѣсколькихъ недѣль бываетъ шаткой.

Особенность подобныхъ случаевъ состоитъ слѣдов. въ быстромъ

исходѣ въ выздоровленіе и въ послѣдовательной глухотѣ на оба уха. Анатомическая сущность этой болѣзни еще не выяснена; нѣкоторые авторитетные авторы, напр., Trölstch (Gerh. Handb. S. 189) считаютъ болѣе вѣроятнымъ, что дѣло здѣсь идетъ не о пораженіи лабиринта, а объ ограниченномъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ, въ области выхода обоихъ слуховыхъ нервовъ, т.-е. дна 4-го желудочка.

Очень трудно, иногда невозможно узнать менингитъ, развивающійся во время какой-нибудь острой лихорадочной болѣзни, которая и сама по себѣ вслѣдствіе сильнаго лихорадочнаго состоянія сопровождается мозговыми симптомами. Трудность діагностики объясняется тѣмъ, что, какъ свидѣтельствуетъ Hyguenin (Zimssen's Hndb. s. 220, рус. переводъ), „мы не знаемъ ни одного такого симптома, который постоянно существовалъ бы во всѣхъ случаяхъ и который бы не встрѣчался въ совершенно подобномъ же видѣ и безъ менингита". Сравнительно бо́льшее значеніе для распознаванія менингита, осложняющаго острую болѣзнь, имѣютъ: внезапное наступленіе или значительное усиленіе головной боли быстрое наступленіе сильнаго бреда, значительное сведеніе затылка, параличи глазныхъ мышцъ, венозный застой въ сѣтчаткѣ. Можетъ быть въ подобныхъ случаяхъ надежнымъ критеріемъ окажется симптомъ Kernig'а состоящій въ томъ, что при приведеніи больного изъ лежачаго положенія въ сидячее сейчасъ же появляется сведеніе икроножныхъ мышцъ.

Эпидемическій церебро-спинальный менингитъ. Meningitis cerebrospinalis epidaemica по припадкамъ ближе подходитъ къ гнойному, чѣмъ къ туберкулезному менингиту. Въ типическихъ случаяхъ онъ начинается безъ предвѣстниковъ сразу значительнымъ жаромъ, рвотой, сильной головной болью; вскорѣ наступаетъ помраченіе сознанія, бредъ, метаніе въ постели, за симъ судороги, сопоръ и къ концу недѣли смерть.

Клиническая разница этихъ случаевъ отъ mening. purul. simp. вытекаетъ изъ анатомической сущности страданія; она состоитъ въ томъ, что къ припадкамъ пораженія оболочекъ головного мозга присоединяются еще и припадки со стороны спинного, въ видѣ *рано наступающаго сведенія затылочныхъ и спинныхъ мышцъ,* сильной болѣзненности въ спинѣ при всякомъ движеніи и при давленіи на остистые отростки, особенно въ поясничной и шейной частяхъ позвоночника, очень рѣзко выраженной гиперэстезіи кожи и болей въ конечностяхъ (участіе заднихъ корешковъ въ воспаленіи).

Правда, сведеніе затылка и гиперэстезія кожи встрѣчается нерѣдко и при другихъ формахъ менингита (гройномъ и туберкулезномъ), но не въ такой сильной степени и безъ болѣзненности въ спинѣ. Какъ на отличительную особенность занимающей насъ болѣзни слѣдуетъ указать еще на высыпаніе herpes'a на лицѣ, а иногда и на туловищѣ, въ видѣ zoster'a.

Цереброспинальный менингитъ отличается отъ обыкновеннаго также и особенностями теченія. Только въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло кончается смертью въ нѣсколько дней, такъ сказать, съ одного приступа, обыкновенно же теченіе эпидемическаго менингита отличается большой неравномѣрностью какъ со стороны лихорадки, такъ и всѣхъ другихъ симптомовъ; болѣзнь выказываетъ наклонность къ перемежкамъ въ смыслѣ улучшенія и новаго ухудшенія. Черезъ нѣсколько дней отъ начала болѣзни температура начинаетъ падать, а вмѣстѣ съ тѣмъ и нервные симптомы ослабѣваютъ, а еще нѣсколько дней спустя наступаетъ опять ухудшеніе, и такимъ образомъ дѣло можетъ затянуться на нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ и въ такихъ случаяхъ въ концѣ концовъ наступаетъ иногда выздоровленіе, которое однако рѣдко бываетъ полнымъ, такъ какъ обыкновенно остаются какія-нибудь параличныя явленія въ видѣ, напр., глухоты, стѣпоты, ослабленія умственныхъ способностей и параличей конечностей.

Подобно всѣмъ другимъ эпидемическимъ болѣзнямъ, цереброспинальный менингитъ представляетъ очень большое разнообразіе въ смыслѣ интенсивности болѣзни. Существуютъ всевозможныя переходныя формы отъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ, дебютирующихъ сразу судорогами и сопоромъ и кончающихся смертью въ нѣсколько часовъ (mening. siderans) къ самымъ легкимъ, т. н. абортивнымъ случаямъ, характеризующимся головной болью, легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ и незначительнымъ сведеніемъ затылка. Діагностика этихъ крайнихъ формъ, т.-е. самыхъ тяжелыхъ и самыхъ легкихъ случаевъ, возможна только при существованіи эпидеміи.

Упомяну еще о двухъ симптомахъ, хотя и не обязательныхъ для менингита, но и не особенно рѣдкихъ и которые могутъ подать поводъ къ діагностической ошибкѣ; я говорю о розеолозной сыпи, занимающей б. ч. туловище и дающей поводъ предполагать тифъ, особенно если притомъ и селезенка оказывается увеличенной, и воспаленіе сочлененій, симулирующее острый ревматизмъ. Въ обоихъ случаяхъ діагностика менингита можетъ быть поставлена на основаніи ранняго появленія мозговыхъ симптомовъ и сильной степени

ихъ. Замѣчу кстати, что въ одномъ изъ моихъ случаевъ церебро-спинальнаго менингита у годовалаго ребенка серозный синовитъ обоихъ колѣнныхъ сочлененій съ сведеніемъ ногъ появился съ первыхъ дней болѣзни (4-й день) и продолжался въ теченіе всего многонедѣльнаго теченія менингита и нѣкоторое время послѣ выздоровленія; сведеніе ногъ потребовало потомъ мѣсячнаго массажа.

Что meningitis cerebro-spinalis или tuberculosa можетъ представить большое сходство съ шейнымъ ревматизмомъ, доказываетъ, напр., слѣдующій случай Cadet de Gassicourt'a (Apch. f. Kinderk, X. B. s. 397).

Мальчикъ 4 лѣтъ. Братъ его умеръ отъ туберкулезнаго менингита. Заболѣлъ внезапно повторной рвотой за 3 дня до поступленія въ больницу; вскорѣ запоръ, сильная головная боль, безпокойство, крикъ отъ боли; при изслѣдованіи: бредъ, апатія, сосательныя движенія и скрежетъ зубовъ; пульсъ 100, неправильный; вздохи, $t^0 = 39$. Дальше появилось сведеніе затылка и гиперэстезія лица; зрачки расширены, неровны; животъ не стянутъ. Діагнозъ: mening. tuberculosa (въ виду бурнаго начала, сильнаго бреда, рѣзкаго сведенія затылка, мало замедленнаго пульса и гиперэстезій, по моему мнѣнію, скорѣе mening. cerebro spinalis). Въ слѣдующіе 2 дня усиленіе сведенія затылка; на 8-й день общее состояніе безъ перемѣнъ, но появились мозговыя пятна Tousseau; больной сильно вскрикиваетъ, когда его сажаютъ въ постели, голова его остается неподвижной; при изслѣдованіи шеи оказалась сильная болѣзненность въ области 4 и 5-го позвонковъ; повороты головы въ стороны удяляются легко, но сгибаніе головы невозможно. Діагнозъ: rheumatismus cervicalis. Дальнѣйшее теченіе, по мнѣнію Cadet'a, подтвердило это распознаваніе, такъ какъ къ 13-му дню всѣ явленія исчезли, и чрезъ нѣсколько дней больной вышелъ изъ больницы здоровымъ.

Болѣзни мочеполовыхъ органовъ.

Семіотика мочи.

Альбуминурія. Нормальная моча, какъ извѣстно, бѣлка не содержитъ, а потому всякая альбуминурія есть явленіе патологическое. Исключеніе изъ этого правила составляютъ случаи, такъ называемой, *физіологической альбуминуріи*, встрѣчающейся въ дѣтскомъ возрастѣ не рѣже, чѣмъ у взрослыхъ. Leroux (Rev. de médic. 83. № 3 и 10), изслѣдовавшій мочу 330 здоровыхъ дѣтей въ возрастѣ до 16 лѣтъ, встрѣтилъ альбуминурію въ 19 случаяхъ (9 мальчиковъ и 10 дѣвочекъ отъ 6 до 15 лѣтъ), т.-е. у 1 изъ 17, а у взрослыхъ Leube находилъ бѣлокъ въ мочѣ у 1 изъ 19. Въ случаяхъ Leroux постоянная альбуминурія была у 5, періодическая (бѣлокъ въ мочѣ только послѣ обѣда и усиленныхъ движеній) у 14.

Узнать физіологическую альбуминурію не трудно, но конечно при условіи продолжительнаго наблюденія даннаго субъекта, чтобъ имѣть время убѣдиться въ томъ, что онъ совершенно здоровъ, т.-е. что альбуминурія не служитъ симптомомъ начинающагося почечнаго страданія. Въ большинствѣ случаевъ бѣлка въ мочѣ при физіологической альбуминуріи бываетъ очень мало, такъ что при кипяченіи получается только муть, а не свертки (меньше 0,1), и въ такихъ случаяхъ бѣлокъ появляется въ мочѣ только въ извѣстное время сутокъ, преимущественно послѣ обѣда и послѣ усиленныхъ движеній — *періодическая альбуминурія.* Въ тѣхъ случаяхъ, когда бѣлка бываетъ сравнительно много (однако едва-ли когда больше 0,2), онъ выдѣляется и съ утренней мочой, но во всякомъ случаѣ для физіологической альбуминуріи характерно то, что почти во всѣхъ случаяхъ бѣлокъ исчезаетъ въ ночной мочѣ, пока данный субъектъ лежитъ въ постели, откуда и названіе — *циклическая* или *вставательная альбуминурія.* Какъ на важный отличительный признакъ физіологической альбуминуріи отъ патологической, Pavy указываетъ на особое свойство бѣлка: въ первомъ случаѣ онъ осаждается отъ органическихъ кислотъ (лимонной, уксусной), тогда какъ при патологической альбуминуріи прибавка этихъ кислотъ безъ кипяченія всегда даетъ отрицательный результатъ. Первая половина этого положенія нуждается еще въ подтвержденіи. Если моча содержитъ,

кромѣ бѣлка, еще и кровь, хотя-бы въ самомъ минимальномъ количествѣ, то физіологическая альбуминурія можетъ быть исключена. То же самое имѣетъ мѣсто и въ томъ случаѣ, если микроскопъ открываетъ въ мочѣ присутствіе зернистыхъ цилиндровъ и гнойныхъ тѣлецъ, но скудное количество однихъ только гіалиновыхъ цилиндровъ не исключаетъ физіологической альбуминуріи.

Физіологическая альбуминурія не есть синонимъ альбуминуріи періодической, такъ какъ послѣдняя можетъ имѣть и патологическое значеніе, именно въ томъ случаѣ, если она стоитъ въ зависимости отъ почечнаго песка. Отличить такую періодическую альбуминурію отъ физіологической не трудно, такъ какъ при первой всегда можно замѣтить въ свѣжей мочѣ присутствіе песка изъ мочевой кислоты. Далѣе, можетъ имѣть значеніе и то обстоятельство, что при физіологической альбуминуріи бѣлокъ въ мочѣ встрѣчается ежедневно въ извѣстное время дня, а при мочевомъ пескѣ періоды альбуминуріи раздѣляются многодневными промежутками; иногда выдѣленіе песка сопровождается болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ или приступомъ сильныхъ болей живота (почечная колика). Впрочемъ, полное отсутствіе субъективныхъ жалобъ еще не исключаетъ песочной альбуминуріи. Если при періодической альбуминуріи моча содержитъ по временамъ, кромѣ бѣлка, еще и кровь, то существованіе почечнаго песка можно считать доказаннымъ.

Вообще говоря, альбуминурія сама по себѣ ничего не доказываетъ и для распознаванія не имѣетъ опредѣленнаго значенія, такъ какъ встрѣчается при очень разнообразныхъ условіяхъ и подъ вліяніемъ различныхъ причинъ. Симптомъ этотъ получаетъ особую цѣну только въ связи съ другими припадками, представляемыми больными.

Если бѣлокъ примѣшивается къ мочѣ въ моментъ ея выдѣленія почками, то говорятъ о *почечной альбуминуріи* или *настоящей*, если же бѣлокъ появляется въ мочѣ, вслѣдствіе примѣси къ ней гноя или крови внѣ почекъ, то говорятъ объ *альбуминуріи ложной*. Отличить настоящую альбуминурію отъ ложной не трудно, хотя-бы ужъ потому, что при первой почти всегда можно открыть подъ микроскопомъ присутствіе мочевыхъ цилиндровъ, а если въ самыхъ легкихъ случаяхъ почечной альбуминуріи ихъ трудно найти, то все-таки ложная альбуминурія легко исключается отсутствіемъ въ мочѣ гноя и крови. О существованіи ложной альбуминуріи заключаемъ изъ того, что, не смотря на примѣсь къ мочѣ гноя или крови, не находимъ въ ней цилиндровъ и сравнительно мало бѣлка; если же въ мочѣ есть гной или кровь, а количество бѣлка такъ велико,

что видимо не соотвѣтствуетъ сказаннымъ примѣсямъ, да, кромѣ того, встрѣчаются и цилиндры, то дѣло идетъ, стало быть, о *смѣшанной альбуминуріи* *).

Если существованіе настоящей альбуминуріи доказано, то остается еще опредѣлить, отъ какой именно причины она зависитъ. Въ этомъ отношеніи всего удобнѣе оріентироваться, если раздѣлить всѣ почечныя болѣзни на острыя и хроническія. Къ первымъ относятся острое паренхиматозное воспаленіе почекъ и нераздѣльный спутникъ его — гломерулонефритъ, далѣе — острое интерстиціальное воспаленіе почекъ и наконецъ, самое легкое изъ почечныхъ страданій — десквамативный нефритъ или почечный катарръ, клинически сливающійся съ острой гипереміей почекъ и съ, такъ называемымъ, мутнымъ набуханіемъ и зернистымъ перерожденіемъ почечнаго эпителія.

Къ хроническимъ процессамъ относятся хроническій паренхиматозный нефритъ, амилоидное перерожденіе почекъ, почечный циррозъ (первичный хроническій межуточный нефритъ), застойная почка, и злокачественное новообразованіе (саркома или ракъ) въ почкахъ.

Вопросъ о томъ, имѣемъ-ли дѣло съ острой или хронической альбуминуріей, рѣшается анамнезомъ: въ первомъ случаѣ она продолжается отъ нѣсколькихъ дней до двухъ-трехъ мѣсяцевъ, въ хронической формѣ — нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ.

Острая альбуминурія въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще обу-

---

*) Отъ обыкновенной альбуминуріи надо строго отличать *пептонурію*, такъ какъ выдѣленіе съ мочей пептона имѣетъ совершенно иное значеніе, чѣмъ выдѣленіе бѣлка кровяной сыворотки. *Пептонъ не имѣетъ никакого отношенія къ страданію почекъ*, а указываетъ на измѣненіе химическаго состава крови и потому часто является въ мочѣ безъ бѣлка, чѣмъ значительно облегчается изслѣдованіе мочи на пептонъ. Если моча не даетъ осадка ни отъ кипяченія, ни отъ азотной кислоты, но даетъ мутность отъ метафосфорной кислоты, то, значитъ, она содержитъ пептонъ. (Для приготовленія раствора метафосфорной кислоты достаточно обмакнуть небольшой кусочекъ кислоты за нѣсколько секундъ въ 15 grm. воды; растворъ этотъ прибавляется къ мочѣ по каплямъ). Если въ мочѣ есть бѣлокъ, то онъ тоже осаждается этимъ реактивомъ и потому предварительно долженъ быть удаленъ. Пептонурія всего чаще является при существованіи въ тѣлѣ гнойныхъ скопищъ — *піогенная пептонурія* и при случаѣ можетъ служить основаніемъ для дифференціальной діагностики, напр., гнойнаго плеврита отъ серознаго или острой головной водянки (meningitis serosa infantum) отъ цереброспинальнаго или простого гнойнаго менингита. У взрослыхъ пептонъ былъ найденъ еще при скорбутѣ — *гематогенная пептонурія*, при язвахъ кишокъ — *энтерогенная пептонурія* и остромъ ревматизмѣ; значитъ, прежде, чѣмъ дѣлать какія-либо діагностическія заключенія на основаніи пептона въ мочѣ, эти процессы должны быть исключены. Спеціальныхъ изслѣдованій о пептонуріи въ дѣтскомъ возрастѣ мнѣ не удалось найти въ литературѣ.

словливается **острымъ паренхиматознымъ воспаленіемъ почекъ**, протекающимъ обыкновенно вмѣстѣ съ гломерулонефритомъ, или однимъ послѣднимъ. Альбуминурія сама по себѣ вовсе не доказываетъ существованія нефрита; для этого требуется еще присутствіе въ мочѣ другихъ воспалительныхъ продуктовъ: бѣлыхъ, а нерѣдко и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, различныхъ цилиндровъ и клѣтокъ почечнаго эпителія. Что касается гіалиновыхъ цилиндровъ, то они встрѣчаются при всякой настоящей альбуминуріи и потому не доказываютъ воспаленія почекъ, по крайней мѣрѣ, если попадаются въ ничтожномъ числѣ.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ воспаленіе почекъ легко узнать и безъ микроскопическаго изслѣдованія мочи и именно на основаніи альбуминуріи, макроскопическихъ свойствъ мочи и сопутствующихъ симптомовъ. *Количество мочи* значительно *уменьшено* (чѣмъ меньше мочи, тѣмъ тяжелѣе нефритъ; при полной ануріи въ теченіе сутокъ предсказаніе всегда очень опасно), *она* выходитъ уже *мутной* отъ примѣси форменныхъ элементовъ (цилиндровъ и клѣточныхъ элементовъ), а, постоявши, дѣлается еще мутнѣе отъ осажденія мочекислыхъ солей, и даетъ обильный, грязнаго цвѣта осадокъ; *цвѣтъ* мочи *грязноватобурый* или, отъ примѣси крови, *кровянистый*; *удѣльный вѣсъ* мочи значительно *увеличенъ*. *Она очень богата бѣлкомъ* (въ большинствѣ случаевъ осадокъ бѣлка въ трубкѣ Эсбаха занимаетъ 5—6 дѣленій ($^1/_2$%) но при тяжелыхъ нефритахъ количество бѣлка достигаетъ до 1% и даже до 1$^1/_2$%).— Субъективныхъ жалобъ можетъ совсѣмъ не быть, но иногда въ области почекъ чувствуется боль, усиливающаяся при давленіи. Въ случаѣ лихорадки (воспаленіе почекъ можетъ протекать и безъ повышенія температуры) больной жалуется на головную боль и другіе спутники жара. Отъ задержанія воды въ организмѣ и отъ гидрэміи нерѣдко развиваются отеки подкожной клѣтчатки, сначала лица (вѣкъ) и ногъ, а потомъ и всего тѣла, а также и серозныхъ полостей, изъ которыхъ чаще и прежде всѣхъ поражается брюшина (ascites), рѣже плевра, околосердечная сорочка и мозговые желудочки. Отъ скопленія въ крови продуктовъ обмѣна, задержанныхъ въ организмѣ вслѣдствіе нарушенной дѣятельности почекъ, развивается комплексъ симптомовъ, извѣстный подъ именемъ уреміи. Главнѣйшіе симптомы ея — головная боль, рвота и общія судороги съ потерей сознанія, послѣ которыхъ нерѣдко остается на нѣкоторое время слѣпота. Къ числу рѣдкихъ спутниковъ остраго нефрита относится расширеніе и гипертрофія сердца, развивающіеся въ теченіе нѣсколькихъ дней.

20

Въ большинствѣ случаевъ воспаленіе почекъ кончается выздоровленіемъ приблизительно въ 3—6 недѣль, но иногда вслѣдствіе значительной водянки (отекъ легкаго, гортани) или уреміи, или отъ осложненій, къ которымъ располагаетъ нефритъ (пнеймонія, гнойный плевритъ и воспаленія другихъ серозныхъ оболочекъ) наступаетъ смерть.

Въ дѣтскомъ возрастѣ почти никогда не случается, чтобы острый нефритъ перешелъ въ хроническій; сравнительно чаще случается, что на нѣсколько мѣсяцевъ затягивается альбуминурія, но въ концѣ концовъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и она проходитъ.

На основаніи свойствъ мочи можно судить до нѣкоторой степени и о томъ, какой именно процессъ преобладаетъ въ почкахъ. Въ клубочкахъ происходитъ выдѣленіе воды и пропотѣваніе бѣлка; въ трубочкахъ — отслойка эпителія и образованіе цилиндровъ; въ межуточной соединительной ткани — эмиграція лимфоидныхъ элементовъ. Значитъ, если мочи очень мало, но она очень богата бѣлкомъ и бѣдна цилиндрами и эпителіемъ, то можно думать, что поражены, главнымъ образомъ, клубочки (glomerulitis); если же малое количество бѣлка не соотвѣтствуетъ большому количеству цилиндровъ и мочи много, то вѣроятнѣе паренхиматозный нефритъ; чѣмъ больше въ мочѣ гнойныхъ тѣлецъ, тѣмъ болѣе поражена, стало быть, межуточная соединительная ткань.

Для сужденія о томъ, поражены-ли больше клубочки или эпителій канальцевъ, Геслеръ (Врачъ, 38, № 26 и 27) рекомендуетъ обращать вниманіе на скорость выдѣленія почками іодистаго калія. По его наблюденіямъ 5 гр. іодист. калія выдѣляются здоровыми почками приблизительно въ теченіе 11 часовъ; та же продолжительность будетъ и въ случаѣ чистаго гломерулита, но если пораженъ и эпителій, то выдѣленіе IK будетъ замедлено тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе захвачена паренхима почки.

Причины: самой частой причиной остраго воспаленія почекъ бываетъ скарлатина, которая даетъ больше случаевъ, чѣмъ всѣ остальныя причины, взятыя вмѣстѣ. Скарлатинозный нефритъ рѣдко появляется съ первыхъ дней болѣзни, т.-е. въ лихорадочномъ періодѣ, обыкновенно же въ періодѣ шелушенія отъ 10 до 20-го дня, значительно рѣже въ теченіе слѣдующихъ трехъ недѣль; узнать эту причину удается обыкновенно и безъ анамнеза, именно на основаніи характернаго лупленія эпидермиса, особенно на пальцахъ и ладоняхъ. Благодаря этому признаку, можно опредѣлить этіологію нефрита даже и въ случаяхъ самой легкой скарлатины, оставшейся

неузнанной или незамѣченной родителями. Эти-то легкіе случаи слѣдуетъ предполагать всегда, когда нефритъ появился у ребенка безъ всякой видимой причины, такъ какъ *отъ простуды онъ не развивается почти никогда;* (мы подчеркиваемъ это, несмотря на заявленіе Barthez и Sannè, будто у дѣтей простудные нефриты встрѣчаются много чаще, чѣмъ у взрослыхъ), а всѣ другіе этіологическіе моменты легко опредѣляются анамнезомъ. Къ числу этихъ моментовъ относятся, во 1-хъ, всѣ другія острыя инфекціонныя болѣзни, какъ тяжелыя (тифъ, рекуррентъ, корь, *дифтеритъ**), оспа), такъ и легкія: *варицелля,* свинка и незначительная лихорадка, протекающая съ воспалительнымъ набуханіемъ шейныхъ железъ (Pfeiffer, Heubner); во 2-хъ, различныя лѣкарства, производящія при случаѣ т. н. *токсическій нефритъ.* Сюда относятся изъ наружныхъ средствъ: деготь, іодъ (при смазываніи большихъ поверхностей кожи у маленькихъ дѣтей), перувіанскій бальзамъ, *мушка,* а изъ внутреннихъ: скипидаръ (послѣ большихъ пріемовъ скипидара съ мочей выдѣляются смолистыя вещества, которыя могутъ обусловить появленіе въ мочѣ мутности при кипяченіи; мутность эта исчезаетъ отъ прибавленія алкоголя, чего не бываетъ при альбуминуріи), салициловый натръ, хлорноватокислый калій (гемоглобинурія).

На основаніи приведенныхъ признаковъ діагностика остраго нефрита не трудна; отъ **почечнаго катарра** (десквамативнаго нефрита или лихорадочной альбуминуріи), который является при многихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, особенно инфекціонныхъ, въ періодѣ наиболѣе сильнаго лихорадочнаго состоянія, острый нефритъ отличается макро- и микроскопическими свойствами мочи; при лихорадочной альбуминуріи количество мочи, хотя и меньше нормальнаго (соотвѣтственно жару), но она остается свѣтлой, содержитъ очень мало бѣлка и въ свѣжемъ состояніи не даетъ осадка, такъ какъ почти свободна отъ форменныхъ элементовъ; въ ней нѣтъ ни бѣлыхъ, ни красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, но есть почечный эпителій; изъ цилиндровъ въ ней встрѣчаются только гіалиновые и эпителіальные, да и то лишь въ небольшомъ количествѣ. — Альбуминурія держится только нѣсколько дней и исчезаетъ съ прекращеніемъ лихорадки. До водянки и уреміи дѣло никогда не дохо-

---

*) Нефритъ при дифтеритѣ отличается отъ скарлатинознаго тѣмъ, что моча при немъ почти никогда не содержитъ крови, а общая водянка и уремія принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ.

дитъ. — Къ этой же категоріи относится и альбуминурія, столь часто встрѣчающаяся *въ первомъ періодѣ* скарлатины, тогда какъ настоящій нефритъ (гломеруло-паренхиматозный нефритъ) развивается обыкновенно въ періодѣ шелушенія, а потому онъ называется *послѣдовательнымъ нефритомъ*.

Острое интерстиціальное воспаленіе почекъ, встрѣчающееся при тяжелой скарлатинѣ и при піэміи и характеризующееся обильной инфильтраціей межуточной соединит. ткани почекъ лимфоидными элементами и образованіемъ миліарныхъ абсцессовъ, имѣетъ болѣе патологоанатомическій интересъ, такъ какъ клинически, т.-е. на основаніи свойствъ мочи, оно едва ли можетъ быть не смѣшано съ острымъ паренхиматознымъ нефритомъ. Впрочемъ, если въ теченіе какого-либо піэмическаго процесса развивается нефритъ и въ мочѣ появляется сравнительно много гноя безъ указаній на катарръ пузыря, то можно предполагать гнойный нефритъ съ вскрытіемъ абсцесса въ почечныя лоханки.

Вопросъ о нефритѣ можетъ возникнуть при всякой *водянкѣ* и изслѣдованіе мочи въ такихъ случаяхъ не всегда выясняетъ дѣло; такъ напр., скарлатинозные больные иногда заболѣваютъ общей водянкой (подкожной и брюшной) въ періодѣ выздоровленія и, несмотря на то, моча ихъ не представляетъ никакихъ признаковъ воспаленія почекъ: она свѣтла, не даетъ осадка и выдѣляется въ достаточномъ количествѣ или содержитъ лишь слѣды бѣлка безъ всякихъ форменныхъ элементовъ. Спрашивается, можно ли въ такихъ случаяхъ предполагать воспаленіе почекъ или нѣтъ? Что случаи нефрита безъ альбуминуріи и безъ всякихъ цилиндровъ дѣйствительно встрѣчаются, это доказано несомнѣнно нѣсколькими вскрытіями (неизвѣстно только, отсутствовала ли альбуминурія во все теченіе болѣзни), но такіе случаи исключительно рѣдки и почти всегда было констатировано у такого рода больныхъ во 1-хъ, значительное уменьшеніе количества мочи и во 2-хъ, что моча была мутна и давала обильный осадокъ изъ мочекислыхъ солей, между тѣмъ какъ при водянкахъ о которыхъ идетъ рѣчь, моча бываетъ блѣдна, прозрачна и нормальнаго количества, и въ такихъ случаяхъ, по всей вѣроятности, никакого нефрита въ основѣ водянки не бываетъ, что подтверждается еще и тѣмъ, что всѣ подобные больные очень скоро выздоравливаютъ; что касается до ничтожной альбуминуріи, встрѣчающейся въ нѣкоторыхъ случаяхъ, то она можетъ быть объяснена отекомъ почекъ. Если бы отсутствіе альбуминуріи у такихъ больныхъ зависѣло отъ полной недѣятельности заболѣв-

шей почки, въ то время какъ другая почка остается здоровой и даетъ нормальную мочу, то было бы совсѣмъ непонятно отсутствіе бѣлка и цилиндровъ въ періодѣ выздоровленія, когда больная почка начала опять функціонировать: вѣдь нельзя же предположить, что переходъ отъ тяжелаго воспаленія, поведшаго къ полному, хотя бы и временному, прекращенію функціи, къ выздоровленію происходить такъ внезапно.

Водянка при порокахъ сердца въ періодѣ разстройства компенсаціи можетъ быть тоже общей, при чемъ въ мочѣ появляется бѣлокъ отъ венознаго застоя въ почкахъ, но діагностика обыкновенно не трудна; она основывается на объективныхъ признакахъ пораженія сердечныхъ клапановъ, на способѣ развитія водянки, которая всегда начинается съ ногъ и потомъ подымается кверху, и на свойствахъ мочи (см. хроническій паренхиматозный нефритъ).

Въ случаѣ *уреміи* воспаленіе почекъ можетъ быть принято за воспаленіе мозговыхъ оболочекъ; въ обоихъ случаяхъ дѣло начинается съ головной боли, за которой слѣдуетъ рвота, иногда даже при замедленномъ и неправильномъ пульсѣ, а потомъ общія судороги (иногда одностороннія) и спячка, съ широкими, нереагирующими зрачками. Но какъ бы ни были похожи припадки уреміи на менингитъ, все-таки при существованіи нефрита гораздо вѣроятнѣе предположить уремію, чѣмъ какое-либо другое мозговое страданіе. Ошибка возможна только въ томъ случаѣ, если врачъ просмотрѣлъ альбуминурію, что легко можетъ произойти въ случаѣ скрытно развивающагося нефрита, т.-е. безъ субъективныхъ жалобъ больного и при отсутствіи отековъ.

Хроническая альбуминурія у дѣтей вообще встрѣчается рѣдко; сравнительно чаще наблюдается она у субъектовъ, истощенныхъ какими-нибудь гнойными процессами въ костяхъ или сочлененіяхъ и въ такихъ случаяхъ въ основѣ альбуминуріи лежитъ амилоидное перерожденіе почекъ въ чистомъ видѣ или вмѣстѣ съ паренхиматознымъ нефритомъ.

Хроническій паренхиматозный нефритъ по свойствамъ мочи очень похожъ на острую форму: мало мочи, много бѣлка; моча мутна, нерѣдко окрашена кровью и даетъ обильный осадокъ, въ которомъ много всякаго рода цилиндровъ и гнойныхъ тѣлецъ, а также и мочекислыхъ солей. Отличіе отъ остраго нефрита состоитъ только въ томъ, что при хроническомъ воспаленіи почекъ количество мочи уменьшается не такъ рѣзко и что въ осадкѣ преобладаютъ темные зернистые цилиндры. Общая водянка и уремія

при хроническомъ нефритѣ принадлежатъ къ числу обычныхъ симптомовъ.

Если хроническое пораженіе почекъ наблюдается у ребенка, страдающаго какимъ-нибудь нагноительнымъ процессомъ въ костяхъ (Поттова болѣзнь, костоѣда длинныхъ костей, туберкулезъ сочлененій) или рѣзко развитымъ сифилисомъ (наслѣдственнымъ), или запущеннымъ рахитизмомъ, или чахоткой, то надо думать объ амилоидѣ, а если у даннаго ребенка при наличности только что приведенныхъ этіологическихъ моментовъ можно констатировать амилоидъ печени или селезенки, то діагностика **амилоида почекъ** почти несомнѣнна, хотя бы моча совершенно соотвѣтствовала паренхиматозному нефриту. Этіологическую діагностику амилоида почекъ мы поставили на первомъ мѣстѣ именно потому, что моча при этомъ процессѣ не представляетъ постоянныхъ свойствъ: въ однихъ случаяхъ ея мало, она богата бѣлкомъ, темна и даетъ обильный осадокъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ моча выдѣляется обильно, она совершенно свѣтла и блѣдна, низкаго удѣльнаго вѣса. Разница обусловливается, главнымъ образомъ, распространеніемъ процесса (вначалѣ поражаются только клубочковые сосуды, а потомъ и артеріи трубчатаго вещества и даже почечный эпителій), а также и тѣмъ, осложненъ ли амилоидъ почекъ паренхиматознымъ нефритомъ или нѣтъ. Для чистаго амилоида болѣе характерно выдѣленіе *свѣтлой* мочи низкаго удѣльнаго вѣса съ *значительнымъ количествомъ* бѣлка; несмотря на нормальное количество мочи, водянка бываетъ обыкновенно рѣзко выражена.

При **застойной почкѣ** моча, по микроскопическимъ своимъ свойствамъ, очень похожа на мочу при паренхиматозномъ нефритѣ: она темна, выдѣляется въ значительно уменьшенномъ количествѣ, высокаго удѣльнаго вѣса и даетъ обильный осадокъ изъ мочекислыхъ солей; подъ вліяніемъ порока сердца можетъ быть общая водянка и гипертрофія сердца. Отличія состоятъ въ томъ, что при застойной почкѣ *бѣлка* въ мочѣ бываетъ *немного,* такъ же, какъ и *цилиндровъ* и притомъ только однихъ гіалиновыхъ; воспалительныхъ продуктовъ, т.-е. лимфоидныхъ элементовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ почти вовсе нѣтъ; (значительная примѣсь крови указываетъ на осложненіе паренхиматознымъ нефритомъ или инфарктомъ) Характерно для застойной почки *измѣнчивость свойствъ мочи въ зависимости отъ состоянія сердечной дѣятельности;* если, подъ вліяніемъ лѣкарствъ или другихъ причинъ, сердце начинаетъ лучше работать, то количество мочи быстро увеличивается,

она дѣлается свѣтлѣе и бѣлокъ исчезаетъ. Діагностика застойной почки значительно облегчается наличностью этіологическаго момента, т.-е. порока сердца и явленіями венознаго застоя въ другихъ органахъ, особенно въ печени, такъ какъ печень реагируетъ на сердечную слабость гораздо легче, чѣмъ почки, а потому увеличеніе печени можно считать обязательнымъ спутникомъ застойной почки.

Первичный интерстиціальный нефритъ въ дѣтскомъ возрастѣ составляетъ очень большую рѣдкость. Въ единственномъ случаѣ, встрѣтившемся въ нашей больницѣ, больной представлялъ совершенно тѣ же симптомы, что характеризуютъ эту форму нефрита у взрослыхъ; правильная діагностика, подтвержденная вскрытіемъ, была поставлана, главнымъ образомъ, на основаніи гипертрофіи сердца и жесткости доступныхъ осязанію артерій и свойствъ мочи: она была *обильна, свѣтла*, почти какъ вода, *бѣдна бѣлкомъ* и не давала осадка; водянки *не было*. При вскрытіи найдена рѣзко выраженная зернистая атрофія почекъ, гипертрофія лѣваго сердца, склерозъ (оказавшійся настоящимъ атероматозомъ) и неравномѣрное утолщеніе стѣнокъ артерій, особенно мозговыхъ, кровоизліяніе подъ эпендиму праваго желудочка. (Случай этотъ, относящійся къ 12-лѣтнему мальчику, подробно описанъ въ Медиц. обозрѣніи. Т. XVII, 1882 г., стр. 911).

Haematuria. Присутствіе крови въ мочѣ въ большинствѣ случаевъ узнается уже при простомъ осмотрѣ мочи, окрашенной въ кровянистый или въ краснобурый (отъ метаглобина) цвѣтъ. Всякое сомнѣніе насчетъ присутствія крови въ мочѣ устраняется изслѣдованіемъ мочи подъ микроскопомъ, при чемъ хорошо сохранившіясе кровяныя тѣльца легко отыскиваются въ любой каплѣ мочи. Если, несмотря на красно-кровянистый цвѣтъ мочи, въ ней не оказывается кровяныхъ шариковъ, хотя и есть бѣлокъ, то значитъ дѣло идетъ о присутствіи въ мочѣ не цѣльной крови, а только гемоглобина — Haemoglobinuria. Химическимъ путемъ присутствіе въ мочѣ гемоглобина (или крови) доказывается пробой Heller'а: если въ мочѣ есть кровь или гемоглобинъ, то при кипяченіи послѣ прибавки ѣдкаго кали осаждаются хлопья фосфатовъ, увлекающихъ съ собой пигментъ и потому окрашивающихся въ кровяно-красный цвѣтъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча получаетъ кровянистый видъ, несмотря на полное отсутствіе въ ней крови; такая моча наблюдается, напр., послѣ внутреннихъ пріемовъ хризофановой кислоты (препараты ревеня и сенны), если только моча щелочной реакціи.

Проба Heller'a въ такомъ случаѣ не даетъ надежныхъ результатовъ, такъ какъ осаждающіеся фосфаты и въ этомъ случаѣ тоже увлекаютъ пигментъ и окрашиваются красноватымъ цвѣтомъ, хотя бы и съ инымъ оттѣнкомъ, чѣмъ отъ крови. Гораздо проще выясняется вопросъ посредствомъ прибавки кислоты: кровяная моча даетъ съ азотной кислотой реакцію на бѣлокъ (см. стр. 51), тогда какъ красная моча послѣ пріемовъ сенны отъ подкисленія какой бы то ни было кислотой обезцвѣчивается, а отъ прибавки амміака снова краснѣетъ.

Черная моча отъ *карболовой кислоты* легко получается у дѣтей даже и при наружномъ употребленіи послѣдней; отличается она отъ кровянистой мочи во 1-хъ тѣмъ, что не содержитъ бѣлка и во 2-хъ, что цвѣтъ ея отдаетъ въ зеленый оттѣнокъ. Болѣе похожа на кровяную — моча, очень богатая *индиканомъ.* Такая моча получается въ томъ случаѣ, если въ кровь поступаетъ много индола, а такъ какъ послѣдній есть одинъ изъ продуктовъ гніенія бѣлковъ, то индикановая моча встрѣчается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда въ тѣлѣ скопляются гніющія бѣлковыя вещества, напр., ихорозные экссудаты въ полостяхъ плевры или брюшины или застой кала въ кишкахъ. Особенно темную мочу приходится наблюдать при непроходимости кишокъ и при перитонитахъ. Для опредѣленія индикана его переводятъ въ индиго, съ каковой цѣлью нѣсколько куб. сант. мочи смѣшиваются съ равнымъ количествомъ дымящейся хлористоводородной кислоты, потомъ прибавляютъ капли двѣ концентрированнаго раствора хлориновой извести и затѣмъ нѣкоторое количество хлороформа. Послѣдній осаждается на днѣ и, извлекая индиго, окрашивается въ голубоватый цвѣтъ.

Если присутствіе крови въ мочѣ доказано, то остается опредѣлить источникъ кровотеченія. Кровь можетъ происходить изъ уретры (или изъ влагалища при регулахъ у дѣвочекъ 12—13 лѣтъ), изъ шейки пузыря, изъ слизистой оболочки самаго пузыря, изъ почечныхъ лоханокъ и мочеточниковъ, изъ почекъ и наконецъ одновременно изъ различныхъ отдѣловъ мочевыхъ органовъ.

1. *Кровотеченіе изъ мочеиспускательнаго канала* или изъ влагалища легко узнается потому, что кровь сочится изъ уретры или влагалища и внѣ времени мочеиспусканія, вслѣдствіе чего бѣлье оказывается запачканнымъ чистой кровью. При незначительномъ кровотеченіи можно выдавить изъ уретры хоть нѣсколько капель чистой крови. Если съ мочей выдѣляются нитевидные сгустки и желательно узнать происходятъ ли они изъ уретры или изъ мочеточника, то больного заставляютъ помочиться въ два отдѣльныхъ

стакана; въ случаѣ уретральнаго происхожденія сгустковъ, послѣдніе будутъ только въ первой порціи мочи, тогда какъ вторая окажется безъ примѣси крови.

Въ дѣтскомъ возрастѣ уретральныя кровотеченія встрѣчаются рѣдко и именно только послѣ травмъ, напр. ушиба, грубой катетеризаціи, введенія инородныхъ тѣлъ изъ шалости.

2. *Кровотеченіе изъ шейки пузыря* характеризуется тѣмъ, что кровь появляется только во время мочеиспусканія и именно при самомъ окончаніи его, въ моментъ сокращенія сфинктера; больной кончаетъ мочиться и тогда-то появляется нѣсколько капель чистой крови, обыкновенно при ощущеніи значительной боли. Въ единственномъ подобномъ случаѣ, встрѣтившемся въ нашей клиникѣ, дѣло шло о мальчикѣ, 8-ми лѣтъ, страдавшемъ хроническимъ катарромъ пузыря отъ неизвѣстной причины. Моча его была кислой реакціи, но мутна отъ богатой примѣси къ ней гнойныхъ элементовъ.

Кровотеченія изъ пузыря, почечныхъ лоханокъ и почекъ легко отличаются отъ предыдущихъ между прочимъ тѣмъ, что моча выходитъ одинаково кровянистой, какъ въ началѣ, такъ и въ концѣ мочеиспусканія, но на основаніи свойствъ мочи не всегда можно опредѣлить источникъ кровотеченія.

Такъ какъ пузырныя кровотеченія въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются почти только при камняхъ и можетъ быть еще при туберкулезѣ мочевыхъ органовъ, то поэтому характерна для нихъ наличность признаковъ цистита, т.-е. амміачный запахъ мочи и осадокъ изъ гнойныхъ и кровяныхъ тѣлецъ, кристалловъ фосфорнокислой амміакъ-магнезіи (гробовыя крышки) и пузырнаго эпителія; мочеиспусканіе болѣзненно вслѣдствіе спазмовъ пузыря.

Присутствіе въ мочѣ нитевидныхъ кровяныхъ свертковъ, если нѣтъ кровотеченія изъ уретры, указываетъ на происхожденіе крови изъ мочеточниковъ или лоханокъ, а что касается до почечнаго кровотеченія, то для него вполнѣ характерно присутствіе въ осадкѣ микроскопическихъ кровяныхъ цилиндровъ (отпечатки Билиніевыхъ трубочекъ).

Haematuria у дѣтей всего чаще является симптомомъ нефрита и въ такомъ случаѣ въ мочѣ обязательно встрѣчаются мочевые цилиндры и другіе спутники воспаленія почекъ; изрѣдка, впрочемъ, случается наблюдать примѣсь крови къ мочѣ у выздоравливающихъ скарлатинозныхъ больныхъ, безъ всякихъ другихъ признаковъ воспаленія почекъ, такъ что приходится допустить у нихъ *гиперемію почекъ*, не дошедшую до степени воспаленія.

Далѣе, кровь въ мочѣ можетъ быть симптомомъ геморрагическаго діатеза, напр., при болѣзни Werlhoff'а, геморрагической оспѣ и др.; діагностика подобныхъ случаевъ конечно не трудна на основаніи сопутствующихъ симптомовъ. Гораздо труднѣе узнать иногда причину *періодическихъ почечныхъ кровотеченій,* появляющихся у дѣтей, на видъ совершенно здоровыхъ. Кровотеченіе можетъ повторяться черезъ различные промежутки времени, отъ нѣсколькихъ дней до недѣль. Въ одномъ случаѣ весьма обильнаго почечнаго кровотеченія я долженъ былъ остановиться на предположеніи врожденной гемофиліи, такъ какъ мальчикъ, лѣтъ 5-ти, былъ до гематуріи совершенно здоровъ, остался таковымъ и впослѣдствіи, а между тѣмъ въ анамнезѣ у него значилось, что годъ тому назадъ онъ чуть не умеръ отъ потери крови изъ щеки, наткнувшись на остроконечную щепку, причинившую небольшой разрывъ кожи.

Въ другихъ случаяхъ періодическія почечныя кровотеченія могутъ зависѣть отъ начинающагося рака почки или отъ почечнаго песка и почечныхъ камней, или отъ камня пузыря, или отъ туберкулеза почекъ.

Рѣдко случается, чтобъ haematuria была однимъ изъ первыхъ симптомовъ *рака,* чаще она является лишь тогда, когда новообразованіе достигло значительной величины, такъ что больной органъ прощупывается въ животѣ въ видѣ опухоли. Если haematuria является первымъ симптомомъ рака, то діагностика не можетъ быть установлена впредь до выясненія опухоли; общій видъ больного вначалѣ тоже не рѣшаетъ дѣла, такъ какъ кахексія развивается довольно поздно.

Если періодическія кровотеченія повторяются въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, хотя бы и изрѣдка, то у больного по всей вѣроятности, не ракъ, такъ какъ за это время онъ успѣлъ бы развиться до степени прощупываемой опухоли или, по крайней мѣрѣ, повелъ бы къ значительному истощенію. Гораздо вѣроятнѣе предполагать въ подобныхъ случаяхъ *почечный песокъ,* на значеніе котораго въ этіологіи дѣтской гематуріи впервые указалъ Kjelberg (Oester. Jahrb. f. Paediatr. 1873. S. 49). Понятно, что присутствіе мочевого песка въ урыльникѣ является очень важнымъ обстоятельствомъ для діагностики этой формы гематуріи, однако лишь въ томъ случаѣ, если песокъ наблюдается въ только что выпущенной *теплой* мочѣ; если же онъ осаждается въ мочѣ, постоявшей нѣсколько часовъ, то значеніе его равняется нулю, такъ какъ онъ можетъ быть въ такомъ случаѣ результатомъ кислаго броженія

мочи. Далѣе, въ пользу почечнаго песка и отчасти противъ рака говоритъ примѣсь къ мочѣ эпителія изъ почечныхъ лоханокъ (черепицеобразно расположенныя клѣтки) или гнойныхъ элементовъ, указывающихъ на pyelitis, а также сильныя боли въ животѣ, сопровождающія почечное кровотеченіе, особенно если эти боли и кровотеченія особенно часто появляются вслѣдъ за усиленными движеніями; наоборотъ, противъ песка и за ракъ говоритъ слишкомъ обильное кровотеченіе. Само собой разумѣется, что отсутствіе мочевого песка въ свѣже-выпущенной мочѣ можетъ говорить противъ него только при ежедневномъ изслѣдованіи мочи въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, но и въ такомъ случаѣ нельзя быть увѣреннымъ, что у больного нѣтъ почечныхъ камней, особенно если онъ подверженъ приступамъ почечной колики, не особенно рѣдкой въ дѣтскомъ возрастѣ послѣ 7-ми лѣтъ.

Туберкулезъ почекъ и почечныхъ лоханокъ сопровождается обыкновенно нефритомъ и піэлитомъ, а потому въ мочевомъ осадкѣ открываются обыкновенно гнойныя тѣльца и различные цилиндры, а также и туберкулезныя бациллы.

Что касается до періодическихъ кровотеченій изъ пузыря при камнѣ, то онъ очень рано начинаетъ вызывать припадки дизуріи, которые прямо указываютъ на необходимость изслѣдованія пузыря зондомъ.

Періодическую гематурію слѣдуетъ строго отличать отъ **періодической гемоглобинуріи.** Кровянокрасная моча, свободная отъ кровяныхъ тѣлецъ, но богатая гемоглобиномъ, является главнымъ симптомомъ особой болѣзни, извѣстной подъ именемъ **пароксизмальной гемоглобинуріи.** Болѣзнь эта характеризуется тѣмъ, что у совершенно здороваго субъекта вдругъ начинаетъ выдѣляться какъ бы кровавая моча, въ которой Heller'ская проба доказываетъ присутствіе кровяного пигмента, несмотря на полное или почти полное отсутствіе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Никакихъ субъективныхъ жалобъ при этомъ можетъ не быть. Причины гемоглобинуріи во многихъ случаяхъ остаются неизвѣстными и приступы кровавой мочи являются у даннаго субъекта черезъ различные промежутки времени отъ совершенно незамѣтныхъ поводовъ; въ другихъ случаяхъ припадокъ всегда является подъ вліяніемъ одной и той же причины и тогда можетъ быть вызванъ даже искусственно; изъ числа этихъ причинъ всего болѣе извѣстно вліяніе холода; есть субъекты, которые получаютъ гемоглобинурію всякій разъ, какъ только опускаютъ ноги въ холодную воду. Въ другихъ случаяхъ

гемоглобинурія является вслѣдствіе отравленій или инфекціонныхъ болѣзней (скарлатина, болѣзнь Winckel'я), также при скорбутѣ, гемофиліи и т. п. Изъ неорганическихъ ядовъ всего извѣстнѣе гемоглобинурія отъ отравленія бертолетовой солью и фосфоромъ; въ одномъ случаѣ Bokaj'я гемоглобинурія у 7-лѣтней дѣвочки, страдавшей интермиттентомъ, появлялась каждый разъ послѣ пріема хинина; послѣ того какъ онъ былъ отмѣненъ, гемоглобинурія не возвращалась больше, несмотря на то, что приступы лихорадки еще продолжались.

Pyuria. Если моча содержитъ гной, то она выдѣляется мутной и при стояніи даетъ бѣловатый осадокъ, въ которомъ легко найти подъ микроскопомъ большое количество гнойныхъ тѣлецъ. При взбалтываніи осадка съ равнымъ количествомъ раствора ѣдкаго кали, получается желеобразная масса (при щелочномъ броженіи мочи подобная масса образуется на днѣ сосуда сама собой). Гнойная моча всегда содержитъ бѣлокъ, если же его нѣтъ, несмотря на кажущійся гнойный видъ мочи, то въ ней значитъ не гной, а слизь или соли. Въ случаѣ слизи, въ осадкѣ встрѣчается рядомъ съ лимфоидными элементами большое количество эпителія, и химическимъ путемъ можно опредѣлить присутствіе въ мочѣ муцина. (Мутность отъ уксусной кислоты и просвѣтлѣніе отъ хлористоводородной).

Осадокъ, напоминающій по наружному виду гной или слизь, можетъ образоваться въ кислой мочѣ отъ уратовъ, въ щелочной — отъ фосфатовъ. Первые исчезаютъ отъ подогрѣванія, а послѣдніе отъ подкисленія мочи.

Гной въ мочѣ при нормальныхъ наружныхъ половыхъ органахъ (т.-е. когда нѣтъ ни balanitis, ни vulvovaginitis) указываетъ или на катарръ мочевого пузыря, или на гнойный pyelitis.

Узнать источникъ происхожденія гноя не трудно на основаніи другихъ свойствъ мочи и сопутствующихъ симптомовъ. Реакція свѣжевыпущенной мочи при *циститѣ* нерѣдко бываетъ щелочной, особенно въ хроническихъ случаяхъ, при піэлитѣ она всегда кисла. Подъ микроскопомъ въ обоихъ случаяхъ въ осадкѣ встрѣчается эпителій, но видъ его не одинаковъ: эпителій мочевого пузыря имѣетъ форму плоскихъ, большихъ, угловатыхъ клѣтокъ съ ясно замѣтнымъ ядромъ, тогда какъ эпителій изъ почечныхъ лоханокъ гораздо мельче и представляется или въ формѣ круглыхъ клѣтокъ (изъ глубокихъ слоевъ), въ родѣ лимфатическаго тѣльца, но нѣсколько большей величины и съ ясно виднымъ ядромъ (ядро лимфатическихъ тѣлецъ проявляется только послѣ просвѣтлѣнія зернистой

протоплазмы уксусной кислотой) или въ видѣ коническихъ и хвостатыхъ клѣтокъ, по величинѣ тоже значительно меньшихъ, чѣмъ эпителій пузыря (Ultzmann). Круглыя клѣтки могутъ происходить также изъ почечныхъ трубочекъ, а коническія и хвостатыя только изъ лоханокъ. Еще характернѣе для піэлита, когда эти клѣтки отходятъ пластами и тогда располагаются на подобіе рыбьей чешуи.

Изъ сопутствующихъ явленій для цистита характерны симптомы раздраженія пузыря, особенно рѣзко выраженные въ острыхъ случаяхъ, въ видѣ болѣзненныхъ и частыхъ позывовъ къ мочеиспусканію, тогда какъ піэлитъ можетъ выражаться болѣзненностью въ сторонѣ почекъ, приступами болѣе или менѣе значительныхъ коликъ и отхожденіемъ мочевого песка. Присутствіе несоразмѣрно большого количества бѣлка въ мочѣ или цилиндровъ, указывающихъ на пораженіе почекъ, говоритъ скорѣе въ пользу піэлита. Выясненію діагностики можетъ способствовать также и этіологія. Острые циститы развиваются послѣ пріема нѣкоторыхъ лѣкарствъ, каковы скипидаръ, или послѣ приставленія и долгаго держанія мушки, а также отъ простуды; хроническіе циститы всего чаще сопровождаютъ присутствіе камня, который легко узнается изслѣдованіемъ катетеромъ, или отъ задержанія мочи вслѣдствіе паралича detrusoris (Поттова болѣзнь). Піэлитъ, если онъ не составляетъ слѣдствія катарра пузыря, развивается при почечномъ πескѣ, который не трудно замѣтить въ мочѣ даже и при бѣгломъ осмотрѣ ея. Если больной страдалъ раньше періодической альбуминуріей или у него появлялась кой-когда haematuria, то это тоже говоритъ въ пользу песка.

Въ другихъ случаяхъ гнойный піэлитъ бываетъ симптомомъ туберкулеза почекъ и лоханокъ и тогда въ осадкѣ всегда можно найти туберкулезныхъ бациллъ.

Присутствіе *песка въ мочѣ* имѣетъ разное значеніе, смотря по тому, осѣдаетъ ли онъ въ урыльникѣ изъ долго постоявшей мочи (напр. всю ночь или сутки), или выходитъ ужъ готовымъ и осѣдаетъ тотчасъ же. Въ первомъ случаѣ онъ указываетъ только на богатство мочи мочевой кислотой, и песокъ въ подобныхъ случаяхъ не имѣетъ значенія патологическаго явленія. Концентрированная моча, дающая при охлажденіи и при долгомъ стояніи осадокъ въ видѣ мелкаго краснаго песка, часто наблюдается у лихорадящихъ или у дѣтей, сильно потѣющихъ, напр. лѣтомъ, или употребляющихъ слишкомъ много мяса.

Если песокъ въ мочѣ выходитъ уже готовымъ, то онъ имѣетъ

несомнѣнно патологическое значеніе и указываетъ на ненормальный ходъ метаморфоза въ тѣлѣ, подобно тому какъ бываетъ это у взрослыхъ субъектовъ при такъ называемомъ мочекисломъ діатезѣ. Въ числѣ причинъ главную роль въ подобныхъ случаяхъ играетъ наслѣдственность; изъ анамнеза оказывается обыкновенно, что тотъ или другой изъ родителей страдаетъ или подагрой или почечными коликами. При существующемъ предрасположеніи производящими причинами могутъ быть обильное употребленіе мяса, а также и вина, хотя бы и въ незначительныхъ количествахъ,— обстоятельство, имѣющее большое значеніе при терапіи мочевого песка. Мочевой песокъ, застаиваясь въ почечныхъ лоханкахъ или въ пузырѣ, можетъ дать поводъ къ образованію почечныхъ или пузырныхъ камней. Что мочевой песокъ можетъ быть причиной временной альбуминуріи или даже гематуріи, объ этомъ было говорено раньше (см. стр. 314). У новорожденныхъ дѣтей въ первые дни жизни мочевой песокъ принадлежитъ къ разряду физіологическихъ явленій. Выдѣленіе его сопровождается иногда громкимъ крикомъ, причина котораго выясняется тѣмъ, что ребенокъ успокоивается послѣ мочеиспусканія и что на пеленкахъ удается замѣтить мелкія крупинки краснаго песка.

Семіотика мочеиспусканія.

Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Оба эти симптома мы описываемъ вмѣстѣ, такъ какъ они тѣсно связаны другъ съ другомъ и почти неразлучны. Если мочеиспусканіе болѣзненно (dysuria), то больной нарочно задерживаетъ мочу, и наоборотъ, если больной не можетъ выпустить мочу (retentio urinae, ischuria), то это часто сопровождается болѣзненными позывами. И то, и другое встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ и особенно часто у грудныхъ, у которыхъ dysuria выражается тѣмъ, что ребенокъ безпокоится и кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и успокоивается послѣ него. Новорожденныя дѣти первыя 1—2 сутокъ совсѣмъ не мочатся и потому, если они остаются покойными, то это ничего не значитъ; при патологическомъ задержаніи мочи ребенокъ не только не мочится и безпокоится, но у него можно доказать растяженіе пузыря. У новорожденныхъ самой частой причиной болѣзненнаго мочеиспусканія (спазмъ сфинктера) бываетъ мочевой песокъ, который нерѣдко въ такихъ случаяхъ встрѣчается или на пеленкахъ, или на краяхъ praeputii. Эта причина продолжаетъ свое дѣйствіе

2—3 недѣли, но иногда и гораздо дольше. Гораздо упорнѣе оказывается другая, не менѣе частая причина затрудненнаго мочеиспусканія у маленькихъ дѣтей, именно *физіологическое сращеніе* (слипаніе) *крайней плоти съ головкой*. Состояніе это узнается потому, что никоимъ образомъ не удается оттянуть praeputium за corona glandis, въ самыхъ рѣзкихъ случаяхъ не удается обнажить даже и отверстіе мочеиспускательнаго канала, и вотъ именно въ такихъ-то случаяхъ сращеніе крайней плоти и можетъ служить причиной затрудненнаго мочеиспусканія вслѣдствіе механическаго закрытія свободнаго выхода мочѣ, которая должна, такъ сказать, силой преодолѣвать суженое мѣсто.

Эта причина можетъ имѣть мѣсто и у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду, но не позднѣе, такъ какъ съ возрастомъ сращеніе мало-по-малу исчезаетъ само собой. У дѣвочекъ такую же роль играетъ сращеніе малыхъ губъ. У дѣтей болѣе взрослыхъ такое же вліяніе можетъ оказывать слишкомъ узкая и длинная крайняя плоть, которая, хотя и не сращена съ головкой, все-таки не можетъ быть оттянута.

Гораздо рѣже служатъ препятствіемъ для тока мочи пороки развитія слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, подробно описанные Englisch'емъ въ видѣ различныхъ карманообразныхъ складокъ на нижней стѣнкѣ перепончатой части и близъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, ретенціонныхъ кистъ (Jahrb. f. Kinderh. VII. S. 59—88) и другихъ образованій, о которыхъ здѣсь не будемъ говорить, такъ какъ они не доступны діагностикѣ.

Полное задержаніе мочи у новорожденныхъ бываетъ при *врожденномъ закрытіи* просвѣта *уретры* на его свободномъ концѣ или на протяженіи; въ первомъ случаѣ діагностика дѣлается простымъ осмотромъ, во второмъ — при помощи зонда. У мальчиковъ на 1-мъ и 2-мъ году жизни причиной болѣзненнаго мочеиспусканія всего чаще бываетъ воспаленіе внутренняго листка крайней плоти — (posthitis) и головки — (balanitis). При осмотрѣ легко замѣтить красноту и припухлость свободнаго края praeputii, отверстіе которой оказывается обыкновенно прикрытымъ корочками; при оттягиваніи крайней плоти изъ-подъ нея сейчасъ же показывается нѣсколько капель гноя. При существованіи физіологическаго сращенія, о которомъ только что была рѣчь, гной можетъ скопляться около corona glandis и показывается наружу только послѣ отдѣленія крайней плоти отъ головки посредствомъ зонда. Причиной баланита бываетъ обыкновенно скопленіе смегмы.

Гораздо рѣже случается наблюдать болѣзненное мочеиспусканіе вслѣдствіе *уретрита* — urethritis catarrhalis, развивающагося у дѣтей конечно не отъ зараженія триперным ядомъ, а отъ распространенія воспаленія съ крайней плоти или отъ неизвѣстныхъ причинъ, даже и у новорожденныхъ (песокъ? blenorrhoea?). Отъ balanitis отличіе состоитъ въ томъ, что гной показывается не изъ подъ крайней плоти только, а изъ самаго отверстія уретры, особенно при надавливаніи пальцемъ по направленію канала сзади напередъ. Особенность дѣтскаго уретрита составляетъ его доброкачественность, такъ какъ онъ не осложняется ни воспаленіемъ яичекъ, ни бубонами и не оставляетъ стриктуръ, хотя бы и затягивался на много недѣль.

У дѣвочекъ причиной болѣзненнаго мочеиспусканія часто бываетъ *vulvits* и *vulvo-vaginitis,* появляющіяся или подъ вліяніемъ общаго неправильнаго питанія (анемія, золотуха), или отъ простуды (подобно насморку), неопрятнаго содержанія, онанизма, оксіуровъ. Если подъ вліяніемъ воспаленія образуются ссадины на внутренней поверхности большихъ губъ, то боль при мочеиспусканіи достигаетъ такой степени, что ребенокъ старается задерживать мочу, насколько можетъ, а во время самаго акта вскакиваетъ съ горшка, плачетъ, мечется, напоминая больного съ трещиной ani во время дифекаціи.

Какъ у маленькихъ, такъ и у большихъ дѣтей встрѣчаются случаи весьма болѣзненнаго мочеиспусканія, вслѣдствіе образованія небольшой *ссадины* какъ разъ по *краю наружнаго отверстія уретры;* болѣзнь эта, описанная Bokaj'емъ подъ именемъ urethritis orificii externi, отличается крайнимъ упорствомъ. Bokaj наблюдалъ ее только у евреевъ (33 случая); въ двухъ нашихъ случаяхъ были тоже еврейскія дѣти 2 и 5 лѣтъ (вліяніе обрѣзанія?).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзненное мочеиспусканіе обусловливается слишкомъ *концентрированной кислой мочей;* такая моча даетъ послѣ охлажденія значительный осадокъ мочекислыхъ солей. У одного нервнаго, малокровнаго 11-лѣтняго мальчика, у котораго жженіе въ каналѣ при мочеиспусканіи составляло главный предметъ его жалобъ и которому ради этого была произведена безрезультатная операція фимоза, моча, по изслѣдованію проф. Булыгинскаго, была нормальна, но только очень кисла; выздоровленіе послѣдовало черезъ нѣсколько мѣсяцевъ само собой.

Въ другомъ случаѣ, тоже у 11-лѣтняго мальчика, очень хорошо упитаннаго и на видъ совершенно здороваго, но нервнаго,

наблюдались сильныя боли сначала во время мочеиспусканія (хотя и не каждый разъ) въ уретрѣ, а потомъ боли стали появляться приступами иногда во время мочеиспусканія, а иногда и самопроизвольно и притомъ не только въ уретрѣ, но и въ промежности и въ животѣ; давленіе на уретру и въ особенности на промежность было постоянно (т.-е. и внѣ приступа болей) очень болѣзненно. Изслѣдованіе мочи ничего ненормальнаго въ ней не открыло, но она была только очень концентрирована и кисла; лишеніе больного мяса и назначеніе водъ Виши никакой пользы ему не принесло. Проф. Кожевниковъ, опредѣлившій у больного невральгію срамныхъ нервовъ, назначилъ ему лѣченіе электричествомъ, оказавшее блистательное дѣйствіе.

Очень частые и болѣзненные позывы бываютъ постояннымъ спутникомъ остраго *катарра мочевого пузыря,* а въ меньшей степени также и хроническаго (гной въ мочѣ). Если катарръ пузыря произошелъ вслѣдствіе распространенія воспаленія при vulvo-vaginitis, когда ужъ и безъ того мочеиспусканіе было болѣзненно и моча содержала гной, — то узнать участіе мочевого пузыря въ воспаленіи можно по значительному учащенію позывовъ.

Самую тяжелую dysuriam въ хронической формѣ вызываютъ *камень мочевого пузыря*; для этого страданія особенно характерно то, что струя мочи нерѣдко вдругъ останавливается; для точной діагностики необходимо изслѣдованіе катетеромъ.

Задержаніе мочи, повидимому отъ спазма сфинктера, нерѣдко встрѣчается у дѣтей 2—3 лѣтъ отъ роду *при* сильныхъ *тенезмахъ прямой кишки* въ теченіе дизентеріи, при трещинахъ задняго прохода, а по нѣкоторымъ, и при оксіурахъ.

У болѣе взрослыхъ дѣтей кратковременный спазмъ пузыря можетъ появиться подъ вліяніемъ простуды (холодный ретирадъ), пива и нѣкоторыхъ лѣкарствъ, въ особенности скипидара.

Спазмъ пузыря можетъ быть вызванъ воспаленіемъ сосѣднихъ органовъ, напр., spondylitis, psoitis и т. п. При перитонитѣ чаще бываетъ просто задержаніе мочи отъ недѣятельности брюшного пресса; задержаніе это при случаѣ бываетъ столь значительнымъ, что требуетъ употребленія катетера.

Полное задержаніе мочи въ теченіе цѣлыхъ сутокъ и дольше зависитъ или отъ того, что моча не вырабатывается почками (anuria), или отъ того, что мочевой пузырь не можетъ вывести ее (retentio urinae). Въ первомъ случаѣ пузырь пустъ и потому постукиваніе нижней части живота надъ лобкомъ даетъ тимпаниче-

скій звукъ, а катетеромъ удается вывести лишь ничтожное количество мочи. Такое состояніе встрѣчается при тяжелыхъ острыхъ нефритахъ и при дѣтской холерѣ.

Во второмъ случаѣ, т.-е. при полномъ задержаніи мочи, пузырь растянутъ и легко прощупывается въ нижней части живота въ видѣ шарообразной, флюктуирующей опухоли, доходящей до пупка. Принять такую опухоль за асцитъ, хотя и возможно, но только при крайне поверхностномъ излѣдованіи; для правильной діагностики достаточно обратить вниманіе на мѣсто скопленія жидкости и на правильныя границы ея, соотвѣтствующія растянутому пузырю; патогномонично для данной опухоли то, что она исчезаетъ послѣ введенія катетера. Гораздо легче не замѣтить растянутый ad maximum пузырь, чѣмъ не узнать его. Случается это именно тогда, когда врачъ придаетъ слишкомъ большое значеніе анамнезу, упуская изъ виду, что матери гораздо больше слѣдятъ за испражненіемъ, чѣмъ за мочеиспусканіемъ дѣтей и потому нерѣдко отвѣчаютъ наугадъ, а самъ ребенокъ не жалуется либо по молодости лѣтъ, либо по причинѣ затемненнаго сознанія. Послѣдняя причина часто встрѣчается при тифѣ и при менингитѣ.

Полное задержаніе мочи, несмотря на сильный позывъ и жиленіе, всего чаще встрѣчается при *уретральныхъ камняхъ,* которые задерживаются обыкновенно въ ладьеобразной ямкѣ или въ предстательной части канала; камушекъ, застрявшій въ уретрѣ, легко прощупывается при изслѣдованіи penis'а черезъ кожу.

Полное закрытіе мочеиспускательнаго канала отъ перетяжки вслѣдствіе *paraphymosis* случается рѣдко. Болѣзнь эта узнается легко по характерному измѣненію наружнаго вида penis'а: головка обнажена, она набухла и лоснится; крайняя плоть оттянута за corona glandis и представляетъ сильную отечную припухлость.

Нѣсколько схожая съ этимъ картина, но безъ обнаженія головки, получается иногда отъ перетяжки penis'а ниткой, которую потомъ больной не въ состояніи снять, такъ какъ она впивается глубоко въ кожу и до поры до времени замалчивается больнымъ изъ страха наказанія за шалость.

Задержаніе мочи можетъ быть слѣдствіемъ паралича детрузора при костоѣдѣ позвоночника и воспаленіи спинного мозга.

Въ одномъ случаѣ, у мальчика 6 лѣтъ, мы наблюдали замѣчательную атонію пузыря съ пониженіемъ чувствительности его, выражавшуюся въ томъ, что мальчикъ мочился не болѣе одного раза въ сутки и, будучи приведенъ къ намъ въ больницу, не чув-

ствовалъ ни малѣйшаго желанія мочиться, несмотря на то, что пузырь былъ растянутъ до пупка; никакой причины для атоніи пузыря открыть не удалось, во всѣхъ другихъ отношеніяхъ ребенокъ былъ здоровъ, а въ анамнезѣ значилось только, что онъ „съ измальства“ мочился рѣдко; значитъ, или врожденная атонія, или развившаяся, вслѣдствіе дурной привычки постоянно задерживать мочу. Чаще встрѣчается параличъ detrusoris вслѣдствіе пораженія спинного мозга (myelitis transversa) — ischuria paralytica; если парализованъ при этомъ и сфинктеръ, то, несмотря на значительное растяженіе пузыря, моча постоянно выдѣляется по каплямъ — ischuria paradoxa.

Недержаніе мочи. — Всего болѣе извѣстно часто встрѣчающееся у дѣтей *ночное недержаніе* — enuresis nocturna. Это — своеобразный неврозъ мочевого пузыря, исключительно свойственный дѣтскому возрасту и самопроизвольно исчезающій къ 12—14 годамъ. Онъ встрѣчается какъ у дѣтей цвѣтущаго здоровья, такъ и у анемичныхъ и нервныхъ, но у послѣднихъ чаще. Болѣзнь состоитъ въ томъ, что ребенокъ почти всякую ночь пускаетъ мочу подъ себя, не просыпаясь, тогда какъ днемъ онъ владѣетъ своимъ пузыремъ совершенно правильно.

Сущность болѣзни состоитъ повидимому въ повышенной рефлекторной возбудимости детрузора; въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до того, что больной и днемъ не можетъ противостоять позыву и противъ своей воли испускаетъ мочу тотчасъ же (enuresis diurna); объ анэстезіи слизистой оболочки пузыря въ такихъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи; скорѣе ужъ о гиперэстезіи. Въ числѣ причинъ, располагающихъ и производящихъ, значатся: фимозъ, слишкомъ кислая моча, обильное питье на ночь, глисты; несомнѣнное вліяніе оказываютъ полъ и возрастъ, такъ какъ ночное недержаніе всего чаще встрѣчается у мальчиковъ въ возрастѣ 5—12 лѣтъ, потомъ *очень крѣпкій сонъ,* который наблюдается едва ли не у всѣхъ дѣтей, страдающихъ ночнымъ недержаніемъ мочи; мы не считаемъ его за причину болѣзни, а только за одно изъ самыхъ существенныхъ условій для проявленія ея.

Въ нѣкототыхъ случаяхъ недержаніе мочи, въ смыслѣ слишкомъ частыхъ мочеиспусканій, обусловливается ясно выраженной болѣзнью пузыря (катарръ его) или чрезмѣрной выработкой мочи, какъ при diabetes insipidus и mellitus, и вообще у дѣтей, слишкомъ много пьющихъ, или недержаніе зависитъ отъ паралича сфинктера и тогда

моча постоянно выдѣляется каплями, какъ напр., въ нѣкоторыхъ случаяхъ myelitis, а также послѣ не совсѣмъ удачной литотоміи.

Опухоли мошонки и пахового канала.

Увеличенный объемъ мошонки можетъ зависѣть отъ утолщенія стѣнокъ ея или отъ увеличенія содержимаго.

Кожа мошонки въ нормальномъ состояніи тонка и нѣжна, она легко подымается въ складки и представляетъ вообще складчатый видъ. Утолщается она отъ отека или воспаленія. Въ обоихъ случаяхъ она получаетъ гладкую поверхность и утолщенная кожа не можетъ быть поднята въ складку; при отекѣ, который распространяется обыкновенно и на кожу penis'a, она блѣдна, отъ давленія пальцемъ остается медленно исчезающая ямка, болѣзненности нѣтъ; при воспаленіи кожа красна, горяча и болѣзненна, отъ давленія ямки не остается. Причины отека тѣ же, что и для подкожной водянки вообще, а воспаленіе всего чаще бываетъ отъ рожи, а иногда и отъ мѣстныхъ причинъ, каковы: уретральные камни, ушибы и проч.

Если кожа мошонки нормальна, то значитъ увеличеніе объема ея произошло на счетъ содержимаго, т.-е. здѣсь можетъ быть паховая, мошоночная грыжа, водянка яичка или увеличеніе самого яичка.

Грыжа характеризуется тѣмъ, что при положеніи больного на спинѣ она легко можетъ быть вправлена (приращенныя грыжи въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ не встрѣчаются), при чемъ характерно именно то, что опухоль вдругъ проскальзываетъ въ полость живота и при этомъ нерѣдко слышится звукъ урчанія. Если грыжевая часть кишки содержитъ воздухъ, то постукиваніе опухоли даетъ тимпаническій звукъ.

Водянка яичка — hydrocele tunicae vaginalis, даетъ въ результатѣ овальную опухоль, съ гладкой поверхностью, флюктуирующую и не вправляющуюся въ животъ; около наружнаго отверстія пахового канала можно прощупать верхнюю границу опухоли и убѣдиться, что она не распространяется въ животъ, и что, стало быть, это не грыжа.

Тѣ же свойства имѣетъ и *водянка влагалища сѣменного канатика* — hydrocele funiculi spermatici съ тою лишь разницей, что въ первомъ случаѣ яичко окружено жидкостью и если можетъ быть прощупано, то только съ одной стороны, а во второмъ оно свободно лежитъ близъ нижняго конца овальной или цилиндрической опухоли.

Бо́льшее сходство съ грыжей водянка яичка или сѣменного ка-

натика имѣетъ въ томъ случаѣ, если полость влагалищной оболочки сообщается съ брюшной; въ такомъ случаѣ опухоль тоже можетъ быть вправлена (хотя не вдругъ и безъ урчанія), но существенная разница состоитъ въ просвѣчиваніи опухоли, чего никогда не бываетъ при грыжѣ.

Для констатированія этого симптома всего лучше пользоваться затемненной комнатой; больной кладется на спину съ вытянутыми ногами, одной рукой врачъ подымаетъ мошонку такъ, чтобъ опухоль находилась выше бедеръ, и придерживаетъ ее снизу, натягивая кожу, другую руку онъ помѣщаетъ на опухоль ульнарнымъ краемъ кисти и смотритъ черезъ опухоль на свѣчу, помѣщенную на нѣкоторомъ разстояніи на другой сторонѣ; если изслѣдованіе производится въ свѣтлой комнатѣ, то роль свѣчи играетъ окно.

Въ случаѣ осложненія водянки яичка грыжей, вправимая часть опухоли, дающая тимпаническій звукъ, будетъ вверху, а невправимая и просвѣчивающая — внизу.

Если скопленія жидкости нѣтъ, а опухоль зависитъ отъ увеличенія самого яичка, то она бываетъ болѣе плотной консистенціи и не флюктуируетъ. Если припуханіе яичка развилось остро, съ лихорадочнымъ состояніемъ и съ болью (особенно при давленіи), то дѣло идетъ о *воспаленіи яичка* или его придатка, болѣзни очень рѣдкой у дѣтей, особенно у маленькихъ; послѣ 12 лѣтъ она является иногда, какъ осложненіе свинки. Гораздо чаще встрѣчаются хроническія опухоли яичка, отличающіяся отъ предыдущей медленнымъ развитіемъ, малой болѣзненностью и бугроватой поверхностью. Въ подобныхъ случаяхъ выборъ долженъ быть между *туберкулезомъ яичка и сифилисомъ.*

Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ опухоль можетъ мѣстами размягчаться, срастаться съ кожей и вскрываться наружу, оставляя язву.

Вопросъ о натурѣ опухоли рѣшается отчасти на основаніи анамнеза и сопутствующихъ симптомовъ, отчасти же на основаніи локализаціи: туберкулезъ начинается обыкновенно съ придатка яичка и распространяется путемъ образованія новыхъ узловъ по сѣменному канатику; сифилисъ же чаще поражаетъ само яичко.

Если въ паховомъ каналѣ прощупывается кругловатая, величиной отъ лѣсного до грецкаго орѣха, гладкая, упруго-плотная опухоль, иногда легко вправимая и при сильномъ дѣйствіи брюшного пресса выходящая снова, то это можетъ быть или начинающаяся грыжа, или застрявшее въ паховомъ каналѣ яичко (monorchismus),

или, если не вправляется, то ограниченная водянка сѣменного канатика. Если соотвѣтственная сторона мошонки пуста, т.-е. яичко въ ней не прощупывается, а опухоль при давленіи нѣсколько болѣзненна, то эта опухоль есть не что иное, какъ *не спустившееся testiculum;* если же яичко на своемъ мѣстѣ, опухоль не вправляется и границы ея ясно прощупываются — то это *hydroc. funic. sperm.*, а если опухоль при лежаніи на спинѣ исчезаетъ сама собой или при надавливаніи на нее пальцами, то это или *грыжа*, или *открытая,* т.-е. сообщающаяся съ полостью живота *водянка, сѣменного канатика* — hydroc. fun. sperm. communicans. — Малая величина опухоли не допускаетъ изслѣдованія просвѣчиванія, и діагностика дѣлается на основаніи другихъ свойствъ опухоли: грыжа вправляется съ урчаніемъ и при толчкахъ брюшного пресса быстро снова показывается, а водянка сѣм. кан., будучи устранена давленіемъ, появляется потомъ постепенно.

Яичко, застрявшее въ паховомъ каналѣ, можетъ воспалиться и, увеличившись въ объемѣ, ущемиться, причиняя больному сильнѣйшую боль, а иногда также и рвоту, такъ что получается картина ущемленной грыжи. Помимо того, что въ послѣднемъ случаѣ обязательно развивается метеоризмъ и абсолютный запоръ (т.-е. даже и газы не выходятъ), діагностика облегчается еще и тѣмъ, что при воспаленномъ яичкѣ рвота не такъ упорна и что опухоль имѣетъ болѣе ограниченную, шарообразную или овальную форму.

Семіотика кожи и подкожной клѣтчатки.

Общая окраска кожи.

Болѣзни, характеризующіяся блѣдностью кожи.

Значительная *блѣдность кожи* и слизистыхъ оболочекъ, какъ симптомъ малокровія, если не зависитъ отъ случайныхъ потерь крови, указываетъ на упадокъ питанія, зависящій или отъ лихорадки или отъ заболѣванія тѣхъ или другихъ органовъ *(симптоматическая анэмія)*, или отъ нарушеннаго кровотворенія *(самостоятельная* или первичная *анэмія)*.

Изъ симптоматическихъ анэмій въ діагностическомъ отношеніи интересна блѣдность, сопровождающая острое воспаленіе почекъ,

составляющая иногда, именно вначалѣ, единственное проявленіе этой болѣзни и заставляющая врача обратить вниманіе на мочу больного.

Блѣдность покрововъ, обязательно сопровождающая хроническое нагноеніе въ тѣлѣ (особенно въ костяхъ), можетъ быть самымъ выдающимся симптомомъ плевритическаго экссудата, когда онъ протекаетъ безъ кашля и безъ большой одышки и потому безъ физическаго изслѣдованія груди могъ бы быть просмотрѣнъ.

Блѣдность кожи у грудныхъ дѣтей всего чаще сопровождаетъ тучность и рахитизмъ и для діагностики начальныхъ степеней послѣдняго можетъ имѣть очень важное значеніе, такъ какъ является рано (см. рахитизмъ); рано тоже является иногда блѣдность при туберкулезныхъ заболѣваніяхъ и между прочимъ при туберкулезномъ менингитѣ задолго до развитія мозговыхъ симптомовъ.

Если ребенокъ представляется малокровнымъ, а между тѣмъ не удается открыть никакой опредѣленной причины для малокровія, то остается предположить *самостоятельную анэмію — anaemia essentialis,* зависящую отъ нарушенной дѣятельности органовъ кроветворенія. — Діагностика такой анэміи устанавливается слѣдовательно главнымъ образомъ путемъ исключенія, при чемъ слѣдуетъ доказать, что всѣ внутренніе органы здоровы, и что у больного нѣтъ ни туберкулеза, ни хроническаго нагноенія, ни альбуминуріи, и проч. Смотря по теченію, по сопутствующимъ симптомамъ, по свойствамъ измѣненій крови и по исходамъ, различаютъ различныя формы анэміи, а именно: 1) простое малокровіе — anaemia simplex 2) дѣтское селезеночное малокровіе — anaemia splenica infantum, 3) Дѣтское ложное бѣлокровіе — anaemia pseudoleukaemica infantum. 4) Настоящее бѣлокровіе, leukaemia, 5) злокачественное прогрессивное малокровіе — anaemia perniciosa progressiva и 6) хлорозъ — chlorosis.

Хотя рѣзкихъ границъ между всѣми этими формами провести нельзя, такъ какъ онѣ переходятъ другъ въ друга незамѣтно, но тѣмъ не менѣе съ клинической точки зрѣнія отличать ихъ все-таки необходимо, такъ какъ съ представленіемъ о той или другой формѣ соединяется понятіе о теченіи и исходахъ даннаго случая.

Измѣненія крови при анэміи имѣютъ чрезвычайно важное клиническое значеніе и притомъ не только для діагностики различныхъ формъ малокровія, но и для предсказанія и для оцѣнки результатовъ терапевтическаго вмѣшательства, а потому необходимо сказать объ этомъ нѣсколько подробнѣе.

При клиническихъ способахъ изслѣдованія крови обращаютъ вниманіе главнымъ образомъ на число, величину и форму красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и на количество гемоглобина въ крови.

Въ нормальномъ состояніи число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (эритроцитовъ) въ дѣтской крови приблизительно такое же, какъ и у взрослыхъ, только у новорожденныхъ въ первые дни жизни оно значительно превышаетъ норму и доходитъ до $6^1/_2$—7 миліоновъ въ куб. миллиметрѣ вмѣсто $5^1/_2$—5 милліон. какъ обыкновенно. Эритроциты всѣ одинаковой величины и имѣютъ видъ двояко — вогнутыхъ дисковъ, не содержащихъ ядра и равномѣрно окрашенныхъ гемоглобиномъ въ красный цвѣтъ. Въ случаяхъ анэміи красные кровяные тѣльца представляютъ разнообразныя уклоненія, изъ коихъ самымъ постояннымъ бываетъ *уменьшеніе ихъ числа;* въ общемъ можно сказать, что чѣмъ сильнѣе анэмія, тѣмъ больше падаетъ число эритроцитовъ; въ легкихъ случаяхъ малокровія насчитываютъ $4^1/_2$—$3^1/_2$ миліона, въ тяжелыхъ $3^1/_2$—$1^1/_2$ мил, а въ самыхъ тяжелыхъ дѣло доходитъ до 700—500 тысячъ на кубич. миллиметръ.

Второе уклоненіе касается *величины* эритроцитовъ, что свойственно только тяжелымъ степенямъ анэміи, независимо отъ формъ ея. Сюда относятся случаи появленія въ крови очень мелкихъ кровяныхъ тѣлецъ *(эритроциты-карлики)* или шарообразныхъ маленькихъ тѣлецъ, густо окрашенныхъ гемоглобиномъ *(микроциты)* и чрезмѣрно крупныхъ кровяныхъ тѣлецъ *(макро-* или *гиганто-циты)*.

Въ тяжелыхъ же степеняхъ анэміи встрѣчается и третье уклоненіе со стороны красныхъ тѣлецъ именно появленіе *эритроцитовъ съ ядрами* (бласты или эритрокаріоциты); они бываютъ различной величины, и потому различаютъ нормобласты (величиной съ обыкновенный эритроцитъ) и мегалобласты (соотвѣтствуютъ гигантоцитамъ). Эритрокаріоциты особенно легко появляются у маленькихъ дѣтей, такъ что въ первые мѣсяцы жизни они встрѣчаются даже и при умѣренныхъ степеняхъ анэміи, тогда какъ у взрослыхъ они всегда указываютъ на опасное малокровіе.

Четвертое уклоненіе представляютъ т. наз. *пойкилоциты* т.-е. эритроциты принявшія неправильныя очертанія и являющіеся въ видѣ бисквита, груши, подковы и т. п. формъ. Они встрѣчаются тоже только при значительныхъ степеняхъ анэміи, но не при одной какой-либо формѣ.

Бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ нормальной крови гораздо меньше

чѣмъ красныхъ; число ихъ колеблется отъ 5 до 10 тысячъ въ кубич. миллиметрѣ, но у новорожденныхъ въ первые дни жизни доходитъ до 20 тысячъ (физіологическій лейкоцитозъ).

По величинѣ, зернистости и свойствамъ ядра бѣлыя кровяныя тѣльца представляютъ большое разнообразіе, такъ что напр. Усковъ устанавливаетъ 14 различныхъ сортовъ ихъ, но для клиническихъ цѣлей достаточно различать 4 вида:

1) *Лимфоциты* — величиной приблизительно съ эритроцита, съ однимъ ядромъ, окрашивающимся при двойной окраскѣ эозиномъ и метиленовой синькой (см. ниже) въ синій цвѣтъ; протоплазма при этомъ тоже синѣетъ, но не такъ интенсивно. Въ нормѣ ихъ около 20—25% изъ числа всѣхъ лейкоцитовъ.

2) *Многоядерные лейкоциты* или нейтрофильные. Значительно крупнѣе предыдущихъ; ядра окрашиваются въ синій цвѣтъ, а протоплазма въ розовый. Изъ общаго числа лейкоцитовъ на ихъ долю приходится 70—80%. Они составляютъ слѣдовательно громадное большинство.

3) *Переходныя формы* величиной съ нейтрофильныя клѣтки, но съ однимъ лопастнымъ ядромъ, которое окрашивается въ слабосиній цвѣтъ.

4) *Эозинофильные лейкоциты* съ крупнозернистой протоплазмой; зерна эти окрашиваются эозиномъ въ ярко-красный цвѣтъ, а ядро въ синій. Въ нормальной крови ихъ очень мало: 1—3%.

Предполагаютъ что лимфоциты происходятъ изъ лимфатическихъ железъ, многоядерные изъ селезенки, а эозинофильные изъ костнаго мозга.

Въ патологическихъ случаяхъ отклоненія со стороны лейкоцитовъ относятся къ ихъ числу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ анэміи, не исключая и самыхъ тяжелыхъ, число лейкоцитовъ остается нормальнымъ, въ другихъ случаяхъ оно значительно увеличивается; иногда это увеличеніе касается почти равномѣрно всѣхъ формъ лейкоцитовъ, иногда же преимущественно какой-нибудь одной.

Для лучшаго пониманія всевозможныхъ отклоненій въ морфологіи крови были предложены различные способы окраски, изъ коихъ однимъ изъ самыхъ практичныхъ по быстротѣ выполненія и по достигаемымъ результатамъ можно считать способъ Габричевскаго, состоящій въ двойной окраскѣ крови эозиномъ и метиленовой синькой. По описанію автора, окраска производится такъ: изслѣдуемая капля крови распредѣляется тонкимъ слоемъ между двумя покровными стеклышками; послѣ того какъ верхнее стекло быстро

сдвинуто (не снято!) съ нижняго, высушенные на воздухѣ препараты погружаются для фиксаціи крови въ смѣсь абсолютнаго алкоголя и эфира, поровну. Въ этой смѣси препараты остаются 20—30 мин., послѣ чего они могутъ быть окрашены. Препараты сначала окрашиваются въ продолженіе 3—5 минутъ 1% растворомъ эозина въ 60% спиртѣ. Растворъ эозина и насыщенный водный растворъ метиленовой синьки передъ окраской разбавляются пополамъ дестил. водой. Затѣмъ препараты промываются въ дестил. водѣ, переносятся на 15—30 секундъ въ растворъ метиленовой синьки, снова быстро обмываются въ водѣ, высушиваются на воздухѣ и заключаются въ канадскій бальзамъ. Съ помощью этой окраски препаратовъ крови можно очень хорошо различать главныя разновидности лейкоцитовъ, эритроциты съ ядрами, кровяныя пластинки и паразитовъ болотной лихорадки (они окрашиваются въ синій цвѣтъ). (Габричевскій очеркъ нормальной и патологической морфологіи крови. М. 1891. стр. 7).

Переходя къ описанію отдѣльныхъ формъ анэміи, мы ограничимся лишь приведеніемъ ихъ главнѣйшихъ отличительныхъ признаковъ.

Простая анэмія — anaemia simplex принадлежитъ къ числу хроническихъ и притомъ стаціонарныхъ разстройствъ питанія; она встрѣчается въ видѣ легкой и тяжелой формъ, изъ коихъ первая болѣе свойственна дѣтямъ старшаго возраста, а вторая маленькимъ, преимущественно лѣтъ до двухъ.

Легкія формы простой *анэміи* характеризуются *умѣренной* блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ при нормальной величинѣ селезенки, печени и лимфатическихъ железъ. Измѣненія крови состоятъ въ нѣкоторомъ уменьшеніи числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (отъ $4^1/_2$ и не менѣе $3^1/_2$ милліоновъ) *безъ измѣненія ихъ величины и формы* и въ уменьшеніи содержанія гемоглобина въ крови. (Въ нормальномъ состояніи всего больше гемоглобина оказывается въ крови новорожденныхъ (100% по Fleischl'ю) къ 5 годамъ количество его спускается до 60%, а потомъ опять подымается, достигая къ 12 годамъ 70—80%; при легкой анэміи находятъ приблизительно 55—45% гемоглобина).

Предсказаніе при легкой анэміи хорошо, такъ какъ съ возрастомъ она обыкновенно проходитъ сама собой. Причины малокровія коренятся въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ условіяхъ развитія первыхъ лѣтъ жизни и потому въ анамнезѣ легко найти указанія либо на бывшій рахитизмъ, или на какія-нибудь тяжелыя

болѣзни, или что ребенокъ былъ недоношенъ, или что воспитывался на рожкѣ. Если ребенокъ былъ прежде совершенно здоровъ, а сталъ худѣть и блѣднѣть лишь за послѣднее время, онъ сдѣлался притомъ разсѣяннымъ, подъ глазами у него появились синіе круги, то надо думать объ онанизмѣ. Случайными причинами малокровія могутъ быть также постоянное сидѣніе въ комнатѣ, глисты (яички въ испражненіяхъ), слишкомъ быстрый ростъ, непомѣрно усиленныя умственныя занятія и начало туберкулеза. О дифференціальной діагностикѣ самостоятельной анэміи отъ симптоматической вслѣдствіе катарра желудка, съ которымъ она представляетъ наибольшее сходство — см. стр. 69, семіотика аппетита).

Тяжелая степень простого малокровія всего чаще начинается на первомъ и второмъ году жизни, но можетъ затягиваться на нѣсколько лѣтъ и въ такомъ случаѣ рѣзкая блѣдность замѣчается лѣтъ до семи. Подобно всѣмъ сильнымъ степенямъ малокровія она характеризуется *восковой блѣдностью кожи лица* и измѣненіемъ не только числа, но и *формы* красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Число эритроцитовъ падаетъ примѣрно до $3^1/_2$—$2^1/_2$ милліоновъ въ кубич. миллиметрѣ, но что особенно характерно для всякой сильной степени анэміи, это измѣненіе величины и формы красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, а потому и здѣсь рядомъ съ нормальными эритроцитами встрѣчаются микро-, макро-и пойкилоциты, а у грудныхъ даже ядросодержащія красныя кровяныя тѣльца, но послѣднія всегда лишь въ незначительномъ числѣ (по Luzet'у — это существенный признакъ для отличія простой тяжелой формы анеміи отъ anaemia pseudo-leukaemica infantum Jaksch'a). Въ сравнительно болѣе легкихъ случаяхъ можно встрѣтить умѣренный пойкилоцитозъ, безъ микро - и макроцитовъ. Количество гемоглобина падаетъ до 45—30%. Бѣлыя кровяныя тѣльца или остаются въ нормальномъ количествѣ или число ихъ нѣсколько увеличивается, примѣрно вдвое противъ нормы, т.-е. до 14—20 тысячъ, что составляетъ отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ какъ 1:200 до 1:125.

Если только что описанная тяжелая степень малокровія сопровождается *опухолью селезенки,* прощупывающейся на 2—3 пальца ниже ложныхъ реберъ, то подобнаго рода случаи называются **дѣтскимъ селезеночнымъ малокровіемъ** — anaemia splenica infantum (не слѣдуетъ смѣшивать съ anaemia splenica взрослыхъ, синонимомъ ложнаго бѣлокровія или pseudo-leukamiae). Какъ anaemia simplex gravis, такъ и anaemia splenica infantum всего чаще встрѣчаются у рахитиковъ и при врожденномъ сифилисѣ, а также у

недоносковъ. Достигнувъ извѣстной степени, анэмія остается стаціонарной въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, но въ концѣ концовъ кончается выздоровленіемъ; при предсказаніи слѣдуетъ имѣть въ виду, что подобныя дѣти трудно переносятъ случайныя острыя заболѣванія и для нихъ всякая лихорадочная болѣзнь можетъ быть опасной.

Тяжелыя степени селезеночной анеміи незамѣтно переходятъ въ **anaemia pseudo-leukaemica Jaksch'a.** Болѣзнь эта тоже свойственна только маленькимъ дѣтямъ; послѣ двухъ лѣтъ она встрѣчается рѣдко, а послѣ четырехъ повидимому никогда. Въ типическихъ случаяхъ діагностика можетъ быть поставлена и безъ изслѣдованія крови: ребенокъ съ блѣдновосковымъ цвѣтомъ лица и безкровными деснами, не рахитикъ (или только съ легкими проявленіями рахитизма на костяхъ черепа и ребрахъ), представляетъ *громадную и плотную* селезенку; послѣдняя можетъ доходить кпереди до пупка, а книзу до гребешка подвздошной кости; для отличія отъ лейкэміи важно отмѣтить, что лимфатическія железы при pseudo-leukaemia infantum негиперплязируются, а печень хотя въ половинѣ случаевъ и прощупывается пальца на 2 или на 3 ниже реберъ, но она увеличивается все таки не такъ сильно, т.-е. не пропорціонально селезенкѣ, какъ бываетъ это при амилоидномъ перерожденіи и при настоящей лейкэміи. Понятно, что въ началѣ своего развитія, пока селезенка еще не очень велика, pseudo-leukaemia infantum совпадаетъ по симптомамъ съ селезеночной анеміей, но разница между ними въ томъ, что Jaksch'ская анэмія отличается прогрессивнымъ характеромъ, а anaemia splenica болѣе стаціонарна. Что касается до крови, то красныя кровяныя тѣльца представляютъ всѣ измѣненія свойственныя вообще тяжелымъ анэміямъ (см. выше), но самымъ существеннымъ признакомъ Jaksch считаетъ *чрезвычайное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ при* болѣе или менѣе значительномъ *увеличеніи числа бѣлыхъ*. Въ одномъ случаѣ Jaksch нашелъ 820.000 красныхъ и 54.666 бѣлыхъ тѣлецъ (15:1), но это крайность, обыкновенно же число эритроцитовъ колеблется отъ $1\,^1/_2$ до 2 милліоновъ, а лейкоцитовъ около 20—40 тысячъ (100—50:1). Изъ лейкоцитовъ преобладаютъ крупныя, многоядерныя клѣтки (нейтрофильныя), но эозинофильныхъ мало. Другая особенность крови при дѣтской псейдолейкэміи состоитъ въ большомъ количествѣ *красныхъ клѣтокъ съ ядрами* (норма- и мегалобластовъ), изъ которыхъ многія представляютъ явленія *каріокинеза*. Anaemia pseudo-leukaemica infantum отличается крайне

медленнымъ теченіемъ и сравнительно не рѣдко кончается выздоровленіемъ. Производящія причины ея неизвѣстны; объ отличіи ея отъ настоящей лейкеміи см. ниже.

Бѣлокровіе — leukaemia. Подобно предыдущей характеризуется хроническимъ теченіемъ, сильной блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ и громаднымъ увеличеніемъ селезенки, но кромѣ того *значительно припухаютъ* также *лимфатическія железы и печень.* Измѣненія крови сводятся такъ же, какъ при дѣтской псейдолейкэміи, къ обѣднѣнію крови красными кровяными клѣтками и къ увеличенію числа лейкоцитовъ, съ той, однако, разницей, что при псейдолейкэміи уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ достигаетъ бо́льшихъ степеней, чѣмъ при лейкеміи, а количество лейкоцитовъ увеличивается не такъ сильно, т.-е. *при дѣтской псейдолейкэміи главная суть въ обѣднѣніи крови красными тѣльцами, а при лейкэміи въ богатствѣ ея лейкоцитами.* При настоящей лейкэміи число эритроцитовъ почти никогда не падаетъ ниже $1^1/_2$ милліона, обыкновенно же держится около $2—2^1/_2$ мил., а между тѣмъ число лейкоцитовъ достигаетъ при этомъ отъ 60 до 300 тысячъ (1:5—20). Далѣе характерно для лейкеміи то, что рядомъ съ многоядерными, крупными лейкоцитами значительно увеличиваются въ числѣ и *эозинофильныя* и *переходныя клѣтки* (крупныя съ большимъ ядромъ). Красныя кровяныя тѣльца съ ядрами, микро- и пойкилоцитозъ встрѣчаются и при лейкэміи, но только не въ рѣзкой степени.

Къ числу постоянныхъ симптомовъ лейкеміи относится между прочимъ ненормально большое выдѣленіе съ мочей мочевой кислоты и наклонность къ кровотеченіямъ изъ слизистыхъ оболочекъ (особенно изъ носа) и подъ кожу. Обычный исходъ лейкэміи — смерть.

По блѣдности, опуханію лимфатическихъ железъ и селезенки большое сходство съ лейкэміей представляетъ **аденія или ложная лейкэмія** (Hadgkin'ская болѣзнь), но при послѣдней болѣзни хотя анэмія (уменьшеніе числа красныхъ тѣлецъ) развита и сильно, но въ крови нѣтъ увеличенія числа лейкоцитовъ.

Злокачественная анэмія — anaemia perniciosa progressiva болѣе свойственна дѣтямъ старшаго возраста, хотя и у нихъ принадлежитъ къ очень большимъ рѣдкостямъ. Къ числу постоянныхъ симптомовъ злокачественнаго малокровія принадлежатъ, кромѣ весьма сильной блѣдности, еще наклонность къ кровотеченіямъ подъ кожу (особенно голеней) и на днѣ глаза (скатома), поносъ (иногда съ самаго начала болѣзни, но чаще въ періодѣ полнаго разгара) и лихорадочное состояніе.

Лихорадка отъ малокровія (анемическая лихорадка) заслуживаетъ особаго вниманія въ силу того, что, появившись у больного, она можетъ значительно затруднить распознаваніе, заставляя врача искать причину лихорадки въ чемъ-нибудь иномъ (всего чаще предполагаютъ въ подобныхъ случаяхъ неправильную болотную лихорадку) и давая ему поводъ думать о зависимости малокровія отъ лихорадки. Анемическая лихорадка наблюдается только при значительныхъ степеняхъ малокровія, но не при одной лишь anaemia perniciosa, а также при ложной и настоящей лейкеміи и anaemia pseudoleukaemica jaksch'а. Кривая температуры въ различныхъ случаяхъ представляетъ большое разнообразіе, какъ относительно высоты температуръ, такъ и всего теченія. Въ однихъ случаяхъ *t* держится низкихъ цифръ, напр. не подымается выше 38,5, въ другихъ она подымается выше 39 и иногда заходитъ даже за 40%. По типу своему лихорадка относится то къ категоріи febris continua remittens, то приближается больше къ f. intermittens, а чаще всего она бываетъ совсѣмъ неправильной; случается и такъ, что лихорадка течетъ съ перерывами, т.-е. нѣсколько дней она стоитъ довольно высоко, потомъ на нѣсколько дней падаетъ до нормы, потомъ опять подымается и т. д. въ теченіе многихъ недѣль; подобные случаи описаны подъ именемъ хронической возвратной лихорадки.

Главнѣйшія измѣненія крови состоятъ въ сильнѣйшемъ уменьшеніи числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (въ обыкновенныхъ случаяхъ до 500—750 тысячъ) и гемоглобина (въ противоположность хлорозу уменьшеніе гемоглобина идетъ не такъ рѣзко, какъ уменьшеніе числа красныхъ тѣлецъ крови, а при хлорозѣ какъ разъ наоборотъ), число лейкоцитовъ тоже уменьшается, такъ что отношеніе ихъ къ краснымъ остается почти нормальнымъ. Микроскопическій препаратъ крови не представляетъ ничего такого, чего не было бы и при другихъ формахъ сильнаго малокровія; особенность состоитъ развѣ только въ томъ, что ни при какой другой анэміи не бываетъ такъ рѣзко выраженъ пойкилоцитозъ; много также встрѣчается здѣсь микро-и особенно макроцитовъ.

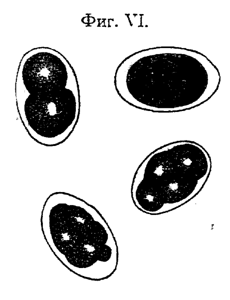
Продолжительность злокачественнаго малокровія колеблется отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Причины болѣзни въ большинствѣ случаевъ остаются неизвѣстными, но для нѣкоторыхъ случаевъ несомнѣнно доказана зависимость злокачественнаго малокровія отъ кишечныхъ глистъ, въ особенности отъ anchylostomum duodenale (болѣзнь рабочихъ с.-готардскаго туннеля; въ другихъ мѣстахъ Европы эту глисту находили у рабочихъ на кирпичныхъ заводахъ), широкаго лентеца (подобные случаи описаны между прочимъ и изъ дѣтской практики, напр. случай Подвысоцкой); Демме описалъ случай злокачественнаго малокровія отъ аскаридъ: ребенокъ 3-хъ лѣтъ, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2450000, гемоглобина — 40%, пойкилоцитозъ; черезъ 14 дней, послѣ изгнанія 20 аскаридъ, — крас. кр. т. 4200000, гемогл. — 70%. Злокачественное малокровіе принадле-

жить къ числу абсолютно смертельныхъ болѣзней, но случаи зависящіе отъ кишечныхъ глистъ, составляютъ въ этомъ отношеніи счастливое исключеніе и потому для своевременнаго распознаванія ихъ необходимо во всѣхъ случаяхъ „безпричиннаго“ малокровія у дѣтей изслѣдовать испражненія ихъ на яички глистъ. Яички анхилостома характеризуются тѣмъ, что они представляются въ разныхъ періодахъ дѣленія желтка.

Хлорозъ. Къ числу характерныхъ особенностей этого страданія относится между прочимъ то, что оно развивается почти исключительно только у дѣвочекъ въ періодѣ полового развитія, а потому педіатру, приходится мало имѣть съ нимъ дѣла. Дальнѣйшія особенности этой формы малокровія состоятъ въ его доброкачественномъ теченіи, склонности къ возвратамъ и его уступчивости при лѣченіи желѣзомъ. Замѣчательно также, что въ этіологіи хлороза существенную роль играютъ подчасъ различныя нервныя вліянія: тоска по родинѣ у институтокъ, испугъ, горе. Измѣненія крови характеризуются главнымъ образомъ значительнымъ уменьшеніемъ гемоглобина при почти нормальномъ числѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Фиг. VI.



Яички anchylostomum duodenale.

Болѣзни, характеризующіяся желтой окраской кожи. Желтый цвѣтъ кожи и конъюнктивы глазъ служитъ вѣрнымъ признакомъ желтухи, т.-е. присутствія въ крови и тканяхъ желчнаго пигмента. Желтуха сама по себѣ не есть еще болѣзнь, а только симптомъ, для происхожденія котораго надо найти причину, что и составляетъ задачу діагностики.

У новорожденныхъ желтуха встрѣчается такъ часто, что получила названіе *физіологической желтухи*. Названіе это совершенно справедливо, такъ какъ желтуха новорожденныхъ стоитъ въ зависимости отъ физіологическаго разрушенія красныхъ тѣлецъ въ первые дни жизни и отъ физіологическихъ же измѣненій въ печени: усиленная выработка желчи подъ вліяніемъ гемоглобинэміи (Silbermann) и нѣкоторая задержка ея вслѣдствіе слущиванія эпителія желчныхъ канальцевъ (Cruse) и отечнаго состоянія междольчатой соединительной ткани печени (Birch-Hirschfeld).

Діагностика физіологической желтухи новорожденныхъ основывается на возрастѣ ребенка (начало желтухи на 2—3-й день

жизни), на прекрасномъ общемъ состоянiи его (покоенъ, хорошо беретъ грудь), на желтомъ, нормальномъ цвѣтѣ испражненiй (это исключаетъ желтуху отъ врожденной непроходимости желчнаго протока) и на доброкачественномъ теченiи (желтуха эта всегда кончается выздоровленiемъ черезъ нѣсколько дней).

У новорожденныхъ встрѣчается иногда и другого рода желтуха, кончающаяся смертью и потому извѣстная подъ именемъ *тяжелой желтухи* новорожденныхъ — icterus gravis neonatorum s. septica. Она служитъ проявленiемъ пiэмiи и сообразно этому протекаетъ съ сильнымъ лихорадочнымъ состоянiемъ, упадкомъ силъ и почти всегда съ перiартерiитомъ или перифлебитомъ пупочныхъ сосудовъ.

Третiй видъ желтухи новорожденныхъ, тоже не уступающей лѣченiю и кончающейся смертью черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ послѣ рожденiя, отличается отъ другихъ видовъ чрезвычайно рѣзко выраженной окраской покрововъ при *безцвѣтныхъ* испражненiяхъ. Такая желтуха зависитъ отъ врожденнаго закрытiя желчнаго протока.

Наконецъ, исключительно у новорожденныхъ же встрѣчается желтуха, какъ симптомъ какого-то загадочнаго отравленiя крови, которому Winckel далъ очень длинное названiе, соединяющее въ себѣ всѣ главные симптомы болѣзни, а именно: *cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum haemoglobinuria,* а другiе называютъ ее, согласно предложенiю Gerhardt'a, просто *morbus Winckeli,* такъ какъ Winckel былъ первый, описавшiй эпидемiю этой болѣзни въ дрезденскомъ родильномъ институтѣ въ 1879 году. Ребенокъ, родившiйся въ срокъ и вполнѣ нормальнымъ, съ первыхъ же дней жизни дѣлается безпокоенъ и получаетъ синиху, ясно замѣтную не только въ лицѣ и конечностяхъ, но и на туловищѣ; вслѣдъ за тѣмъ появляется гемоглобинурiя и желтуха (конъюнктивы), упадокъ силъ и судороги съ смертельнымъ исходомъ въ 1—3—7 дней. Температура все время остается нормальной. Болѣзнь эта почти абсолютно смертельна, такъ какъ изъ 23 заболѣвшихъ выздоровѣлъ только одинъ.

У дѣтей старшаго возраста желтуха всего чаще является слѣдствiемъ катарра 12-перстной кишки и закупорки желчнаго протока слизью, это — *катарральная желтуха* — icterus catarrhalis. Она характеризуется слѣдующими признаками: 1) развивается въ сопровожденiи нѣкоторыхъ желудочныхъ симптомовъ, каковы: болѣзненность подъ ложечкой, обложенный языкъ, отсутствiе аппе-

тита, запоръ или поносъ. 2) Испражненія почти или совсѣмъ обезцвѣчены, тогда какъ моча ненормально темна отъ присутствія въ ней желчныхъ пигментовъ; 3) печень нѣсколько увеличена и чувствительна при давленіи; 4) желтуха эта не сопровождается никакими тяжелыми общими симптомами, а только умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ, да и то не всегда; 5) кончается выздоровленіемъ черезъ нѣсколько дней, maximum въ 2—3 недѣли.

По симптомамъ и теченію очень похожа на нее такъ называемая *эпидемическая желтуха,* всегда протекающая съ лихорадкой и отличающаяся отъ предыдущей только своимъ эпидемическимъ распространеніемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпидемическая желтуха сопровождается очень высокими температурами (до 40° и выше), тифозными явленіями со стороны нервной системы (сухой языкъ, бредъ), альбуминуріей, увеличеніемъ печени и селезенки, частыми потами; теченіе болѣзни типическое съ обычнымъ исходомъ въ выздоровленіе въ 7—11 дней. Такая форма желтухи описана подъ различными названіями, каковы typhus hepatique, nephrotyphus biliosus, typhus abortivus cum ictero et nephritide. Васильевъ, считающій ее за разновидность желчнаго тифоида, описалъ эту болѣзнь (Клин. газ. Боткина 1888 г. №№ 22—26) подъ именемъ *инфекціонной желтухи.* Изъ десятка его случаевъ одинъ относится къ 11-лѣтнему мальчику. Болѣзнь начинается обыкновенно внезапно жаромъ, головной болью и рвотой; черезъ 3—5 дней появляется желтуха и другіе характерные симптомы, т.-е. обезцвѣченныя испражненія, увеличеніе печени и селезенки, бѣлокъ въ мочѣ, бредъ. Васильевъ постоянно наблюдалъ у своихъ больныхъ чрезвычайную болѣзненность мышцъ, особенно икроножныхъ. У 11-лѣтняго мальчика были поражены преимущественно затылочныя мышцы, вслѣдствіе чего уже на 4-й день (за сутки до желтухи) было констатировано сведеніе затылка.

Отличается ли эта тифозная форма желтухи отъ обыкновенной эпидемической катарральной желтухи только степенью развитія припадковъ, или самой сущностью инфекціи, это пока еще не рѣшено.

Отъ всѣхъ этихъ формъ самостоятельной желтухи слѣдуетъ отличать желтуху, осложняющую другія лихорадочныя болѣзни, напр., возвратную горячку, болотную лихорадку, піэмію и проч.

Безлихорадочная *хроническая желтуха,* зависящая отъ болѣзней печени, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается крайне рѣдко. Распознаваніе ея дѣлается на основаніи симптомовъ со стороны печени, какъ и у взрослыхъ.

Болѣзни, характеризующіяся синеватой окраской кожи.

Синеватый цвѣтъ кожи, такъ называемая, *синюха* — cyanosis, всего рѣзче выражается на кистяхъ и стопахъ, а также на губахъ. Синюха указываетъ или на мѣстный застой венозной крови, или на общее обѣднѣніе крови кислородомъ и переполненіе ея углекислотой.

Ограниченный ціанозъ, занимающій одну или обѣ кисти, иногда одинъ или два пальца, исчезающій лѣтомъ, но обязательно появляющійся зимой послѣ хотя бы непродолжительнаго пребыванія на холодѣ, зависитъ отъ разстройства иннерваціи сосудовъ и указываетъ на хроническое ознобленіе.

Общій ціанозъ всего тѣла и слизистыхъ оболочекъ или (въ легкихъ случаяхъ) ціанозъ только конечностей и губъ зависитъ отъ разстройства кровообращенія вообще и указываетъ на серіозное пораженіе легкихъ или сердца. Чѣмъ быстрѣе развивается ціанозъ, тѣмъ опаснѣе предсказаніе, а потому въ острыхъ случаяхъ онъ всегда имѣетъ болѣе дурное значеніе, чѣмъ въ хроническихъ. Особенно зловѣщимъ признакомъ является ціанозъ во-1-хъ, въ случаяхъ инспираторной одышки вслѣдствіе суженія гортани, зависитъ ли оно отъ крупа, спазма голосовой щели или отъ инородныхъ тѣлъ, и во-2-хъ, при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр., при скарлатинѣ, дифтеритѣ, воспаленіи легкаго и др.

Сравнительно медленно развивается ціанозъ при сдавленіи легкаго плевритическимъ экссудатомъ и еще медленнѣе при хроническихъ страданіяхъ сердца, врожденныхъ или пріобрѣтенныхъ. При врожденныхъ порокахъ сердца ціанозъ появляется или ужъ съ первыхъ дней жизни ребенка, или черезъ 1—2 года послѣ рожденія. Пріобрѣтенные пороки сердца въ дѣтскомъ возрастѣ большею частью касаются двустворчатаго клапана; въ подобныхъ случаяхъ, пока нѣтъ разстройства компенсаціи, нѣтъ и ціаноза, а въ періодѣ разстройства равновѣсія появляется не только ціанозъ, но и одышка и водянка, между тѣмъ какъ при врожденныхъ порокахъ сердца синюха нерѣдко встрѣчается въ изолированномъ видѣ.

Сыпныя болѣзни.

Хотя различныя сыпи въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются и очень часто, но въ виду ихъ сходства съ сыпями у взрослыхъ, мы не ста-

немъ здѣсь входить въ подробное описаніе ихъ, предоставивъ это учебникамъ дерматологіи, и ограничимся лишь наиболѣе существеннымъ и самымъ важнымъ для діагностики дѣтскихъ болѣзней.

При изложеніи сыпей мы не будемъ придерживаться обычной патолого-анатомической классификаціи болѣзней кожи, а просто распредѣлимъ ихъ на нѣсколько группъ на основаніи наиболѣе выступающихъ симптомовъ, хотя и сознаемъ, что при такомъ способѣ изложенія трудно избѣгнуть повтореній.

Болѣзни кожи, выражающіяся, главнымъ образомъ, краснотой

Къ этой группѣ мы отнесемъ всякаго рода эритематозныя сыпи, все равно зависятъ ли онѣ отъ простой гиперэміи или отъ воспаленія (простыя и воспалительныя эритемы). Краснота можетъ быть разлитой, занимающей большіе участки кожи или даже всю поверхность тѣла и пятнистой; какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ она исчезаетъ отъ давленія пальцемъ, но по прекращеніи давленія снова быстро появляется (отличіе отъ кровоизліяній, не блѣднѣющихъ отъ давленія).

Разлитая краснота всей поверхности кожи у новорожденныхъ обязательно появляется въ первые дни жизни и потому называется **физіологической эритемой новорожденныхъ.** Діагностика ея ставится прямо на основаніи возраста (первые 2—3 дня послѣ рожденія). Черезъ нѣсколько дней послѣ исчезанія эритемы появляется обыкновенно слущиваніе эпидермиса на всемъ тѣлѣ — *физіологическое шелушеніе*. Нѣчто подобное, но только въ гораздо болѣе сильной степени, происходитъ у новорожденныхъ при исключительно имъ только свойственной болѣзни, описанной Ritter'омъ (Прага) подъ именемъ **dermatitis exfoliativa.** При этой болѣзни, какъ и при физіологической эритемѣ, тоже является разлитая краснота всей поверхности кожи при отличномъ общемъ состояніи ребенка (не лихорадитъ, хорошо беретъ грудь, несмотря на пораженіе окружности рта, см. ниже) и послѣдовательномъ лупленіи кожицы, но тѣмъ не менѣе отличить эти два состоянія не трудно, во-первыхъ, на основаніи возраста больныхъ (dermatitis exfol. почти никогда не начинается ранѣе конца первой недѣли и позднѣе 21-го дня) и во-вторыхъ, по теченію.

Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ большинство, dermat. exfol. *начинается* не сразу на всемъ тѣлѣ, а *съ лица* и именно съ нижней полости его: не рѣдко ограниченная краснота занимаетъ окружность рта и подбородокъ, на слѣдующій день она распро-

страняется на туловище и еще позднѣе на конечности, при чемъ общее состояніе остается безлихорадочнымъ. Не успѣетъ краснота дойти до ногъ, какъ на губахъ начинается уже лупленіе кожи и образованіе тонкихъ корочекъ, дающихъ поводъ къ появленію трещинъ, лучеобразно расходящихся отъ края губъ во всѣ стороны, такъ что вся нижняя половина лица покрывается какъ бы панцыремъ. На другихъ мѣстахъ корочекъ не образуется, а замѣчается только огрубѣніе (высыханіе) эпидермиса, который вскорѣ начинаетъ отслаиваться на большихъ пространствахъ въ видѣ цѣлыхъ пластовъ, особенно толстыхъ на ладоняхъ и подошвахъ; обнаженная кожа оказывается не мокнущей, а только слегка влажной и оттого лоснящейся, темнокраснаго цвѣта. Краснота быстро начинаетъ блѣднѣть и ужъ на слѣдующій день покрывается чешуйками, а еще черезъ день она принимаетъ нормальную окраску, а отрубевидное шелушеніе остается еще на нѣсколько дней. Болѣзнь эта отличается циклическимъ теченіемъ и кончается выздоровленіемъ въ 7—10 дней, но больной представляетъ послѣ того большое расположеніе къ послѣдовательнымъ болѣзнямъ кожи въ видѣ экцемъ, небольшихъ абсцессовъ и чирьевъ, затягивающихъ окончательное выздоровленіе на много дней и даже недѣль.

Отклоненія въ симптомахъ и теченіи могутъ состоять въ томъ, что краснота сразу занимаетъ все тѣло или наоборотъ ограничивается только нижней половиной лица, оставляя туловище почти свободнымъ, хотя впослѣдствіи кожица здѣсь все-таки лупится; рѣже случается, чтобъ нетронутымъ осталось лицо. Иногда на покраснѣвшихъ частяхъ лица и туловища, а также на лбу и вискахъ появляются тѣсно сидящіе пузырьки съ прозрачнымъ содержимымъ, какъ при miliaria crystalina, которые потомъ сливаются, подсыхаютъ и уступаютъ мѣсто лупленію кожицы. Въ другихъ случаяхъ кожица на покраснѣвшихъ мѣстахъ подымается въ большіе пузыри какъ при pemphigus'ѣ, съ желтоватымъ, серознымъ содержимымъ.

Объ отличіи этой болѣзни отъ физіологической эритемы сказано выше; отъ рожи — отсутствіе лихорадки и рѣзкихъ границъ красноты, быстрое распространеніе. На pemphigus похожи нѣкоторыя аномальныя формы, протекающія съ образованіемъ пузырей, но существенная разница состоитъ въ томъ, что при pemphigus'ѣ пузыри появляются на нормальной кожѣ, а здѣсь на покраснѣвшей. Пузыри при pemph. высыпаютъ обыкновенно въ нѣсколько пріемовъ и болѣзнь затягивается на неопредѣленный срокъ, т.-е не представляетъ такого типическаго теченія, какъ dermititis exfol.

Въ виду трещинъ вокругъ губъ и въ углахъ рта всего легче принять dermat. exfol. за сифилисъ, но, помимо отсутствія другихъ симптомовъ наслѣдственнаго сифилиса (см. гл. о немъ), можно исключить его ужъ на основаніи одного короткаго и типическаго теченія болѣзни.

Въ виду разлитой красноты и пластинчатаго лупленія кожицы можно бы принять dermat. exfol. за скарлатину, но отъ ошибки гарантируетъ нормальная температура и отсутствіе жабы.

У дѣтей всѣхъ возрастовъ краснота всей поверхности тѣла или, по крайней мѣрѣ, большей его части встрѣчается, главнымъ образомъ, при скарлатинѣ, а потому въ главѣ объ этой болѣзни мы и будемъ говорить о сыпяхъ, на нее похожихъ.

Разлитая краснота небольшихъ участковъ встрѣчается при различнаго рода воспаленіяхъ самой кожи или подлежащихъ частей и при простыхъ, т.-е. невоспалительныхъ гипереміяхъ. Въ случаѣ воспаленія покраснѣвшая часть представляется на ощупь горячей и при давленіи болѣзненной, иногда замѣтно припухшей; дѣти старшаго возраста жалуются на чувство ссадненія или жженія. Сюда относится, напр., **рожистое воспаленіе кожи**, болѣзнь въ высокой степени лихорадочная, при которой краснота отличается *рѣзкостью и рѣзко ограниченными краями*. Если рожа, блѣднѣя въ мѣстахъ прежде пораженныхъ, съ каждымъ днемъ распространяется на новыя мѣста, то говорятъ о *бродячей рожѣ* — erysipelas migrans, а если рожистое воспаленіе сопровождается образованіемъ пузырей, то о *пузырчатой рожѣ* — erys. bullosum. Если рожа занимаетъ лицо, то воспаленіе кожи сопровождается значительнымъ отекомъ подкожной клѣтчатки вѣкъ. Подобная картина можетъ получиться еще только при *острой экцемѣ лица*, но помимо того, что экцема не сопровождается такими высокими температурами, какъ рожа, отличіе состоитъ еще въ томъ, что краснота при экцемѣ не представляетъ такихъ рѣзкихъ границъ и что, вслѣдствіе скораго образованія пузырьковъ, покраснѣвшая кожа не остается гладкой, а получаетъ шагреневый видъ и по истеченіи короткаго времени покрывается пузырьками и корочками.

Къ разлитымъ воспалительнымъ эритемамъ относится также краснота кожи вслѣдствіе легкаго ожога, напр., лучами солнца — *erythema caloricum*. Подобную эритему спины нерѣдко представляютъ дѣти, долго купающіяся въ мелкой водѣ. Краснота въ подобныхъ случаяхъ не имѣетъ ни такой яркости, ни такихъ рѣзкихъ границъ, какъ при рожѣ. Главнымъ основаніемъ для діагностики служитъ анамнезъ, выясняющій этіологію.

Эритемы отъ продолжительнаго давленія или различныхъ раздраженій кожи, каковы: горчичники, іодъ, согрѣвающіе компрессы, ѣдкія испражненія (эритема ягодицъ) или отдѣленія (эритема верхней губы при насморкѣ и проч.), всегда ограничиваются тѣмъ мѣстомъ, на которое подѣйствовало раздраженіе и потому діагностика ихъ легка. Не трудно также опредѣлить причину красноты кожи при воспаленіяхъ подлежащихъ частей, т.-е. клѣтчатки, железъ, костей.

Въ діагностическомъ отношеніи болѣе интересна разлитая краснота, встрѣчающаяся иногда въ періодѣ предвѣстниковъ оспы и извѣстная подъ именемъ *эритематозной продромальной оспенной сыпи*. Она свойственна болѣе легкимъ случаямъ оспы, тогда какъ въ тяжелыхъ чаще встрѣчается *петехіальная продромальная сыпь* см. о кровоизліяніяхъ въ кожу). Эритематозная оспенная сыпь появляется или въ видѣ разлитой красноты на большемъ или меньшемъ пространствѣ (рѣдко на всемъ тѣлѣ, какъ при скарлатинѣ), или въ формѣ пятенъ, напоминающихъ корь. Сыпи эти не имѣютъ излюбленныхъ мѣстъ и встрѣчаются какъ на туловищѣ, такъ и на конечностяхъ, но щадятъ лицо; впрочемъ, мѣстныя разлитыя эритемы чаще встрѣчаются на разгибательныхъ сторонахъ конечностей. Всего чаще онѣ появляются на 2-й день лихорадки (иногда уже на 1-й) и держатся отъ 12 до 36 часовъ. Частота появленія продромальной эритемы состоитъ въ зависимости отъ характера эпидеміи; въ эпидемичное время сыпь эта даетъ возможность діагносцировать оспу за день или за два до высыпанія оспы. Для предсказанія продромальная эритема имѣетъ значеніе благопріятнаго симптома и чѣмъ болѣе она распространена, тѣмъ лучше, такъ какъ замѣчено, что интензивность ея обратно пропорціональна обилію оспенныхъ пустулъ.

Пятнистыя эритемы имѣютъ чрезвычайно разнообразное значеніе, которое выясняется отчасти свойствомъ самой сыпи, т.-е. величиной и формой пятенъ, степенью окраски ихъ, распространеніемъ и проч., отчасти же сопутствующими явленіями. Величина пятенъ въ различныхъ случаяхъ колеблется отъ чечевицы до серебрянаго рубля. Мелкопятнистыя эритемы, извѣстныя подъ именемъ *roseola,* состоятъ изъ блѣднорозовыхъ пятнышекъ величиной съ чечевицу и нѣсколько больше, круглой или овальной формы; иногда они нѣсколько выдаются надъ поверхностью кожи и тогда могутъ быть ощупаны пальцемъ въ видѣ легкаго возвышенія или папулы.

Roseola не встрѣчается въ видѣ самостоятельной болѣзни, но часто присоединяется къ другимъ, большею частью лихорадочнымъ процессамъ; для діагностики она имѣетъ большое значеніе, но не сама по себѣ, такъ какъ въ различныхъ болѣзняхъ она не представляетъ достаточныхъ для распознаванія ихъ особенностей, а только въ связи съ другими симптомами; никто, напр., не поставитъ діагностики тифа потому только, что у больного появилось нѣсколько розеолезныхъ пятнышекъ на спинѣ и груди, но, тѣмъ не менѣе, въ связи съ другими припадками небольшой этой сыпи будетъ вполнѣ достаточно, чтобъ въ затруднительномъ случаѣ съ увѣренностью исключить общій туберкулезъ и высказаться за тифъ.

Если roseola высыпаетъ при тифѣ рано (4—5-й день), обильно и сразу, то она больше всѣхъ другихъ симптомовъ говоритъ въ пользу сыпного тифа противъ брюшного.

У новорожденныхъ и у дѣтей первыхъ недѣль жизни roseola вмѣстѣ съ хроническимъ насморкомъ выясняетъ существованіе наслѣдственнаго сифилиса. Впрочемъ, roseola syphilitica настолько характерна сама по себѣ, что иной разъ можно узнать сифилисъ даже и по одному пятну. Особенности сифилитической розеолы состоятъ въ слѣдующемъ: сыпь эта безлихорадочная и *хроническая, медленно высыпающая* и еще медленнѣе исчезающая (она держится недѣлями, тогда какъ большинство резеолъ иного происхожденія исчезаетъ черезъ одинъ или нѣсколько дней); къ гипереміи скоро присоединяется пигментація и потому при давленіи на мѣстѣ пятна остается желтоватый слѣдъ; roseola syphil. только въ самыхъ свѣжихъ случаяхъ состоитъ изъ гладкихъ пятенъ, но въ скоромъ времени они принимаютъ папулезный характеръ, т.-е. выстоятъ надъ поверхностью кожи; особенно характерно, когда приподнимается только край пятна и когда вдавленная середина пятна окружается какъ бы валикомъ; не менѣе типично для сифилиса и образованіе мокнущихъ папулъ, любимымъ мѣстомъ которыхъ бываетъ окружность ani. scrotum, подбородокъ и складки шеи.

Являясь сразу у нѣсколькихъ членовъ семьи и протекая съ лихорадочнымъ состояніемъ, розеолезная сыпь указываетъ на краснуху или на корь.

Хотя въ типическихъ случаяхъ кори ярко-красный цвѣтъ пятенъ, ихъ значительная величина (отъ сліянія нѣсколькихъ) и папулезный характеръ дѣлаетъ эту пятнистую сыпь мало похожей на roseolam, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ легкой кори и особенно у малокровныхъ и истощенныхъ дѣтей коревая сыпь можетъ имѣть

чисто резеолезный характеръ. О распознаваніи кори отъ сходныхъ съ нею процессовъ см. въ главѣ о кори.

Хотя roseola во многихъ случаяхъ облегчаетъ діагностику, но, съ другой стороны, появляясь, такъ сказать, въ неурочное время, т.-е. чисто случайно, она можетъ сбить врача съ правильнаго пути. Для избѣжанія подобной ошибки необходимо руководствоваться въ дѣлѣ діагностики совокупностью всѣхъ сопутствующихъ симптомовъ и не придавать первенствующаго и рѣшающаго значенія одной только сыпи, которая въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ появляться при самыхъ разнообразныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Эта *случайная roseola* появляется большею частью въ самомъ началѣ лихорадки и отличается чрезвычайной нестойкостью, такъ какъ исчезаетъ обыкновенно черезъ сутки или даже черезъ нѣсколько часовъ; такія формы эфемерной розеолы, извѣстной также подъ именемъ дѣтской эритемы (erythema infantum), всего болѣе свойственны маленькимъ дѣтямъ, лѣтъ до двухъ, у которыхъ она сопровождаетъ и прорѣзываніе зубовъ, и разнаго рода жабы, и бронхиты, и пнеймоніи. Есть впрочемъ нѣкоторыя болѣзни, при которыхъ розеолезная сыпь встрѣчается и у болѣе взрослыхъ дѣтей, именно цереброспинальный менингитъ и вакцина. Для erythema vaccinicum до нѣкоторой степени характерно то, что она высыпаетъ въ періодѣ назрѣванія пустулъ (отъ 8 до 10 дня) и что занимаетъ преимущественно конечности, въ особенности руки, тогда какъ большинство другихъ эритемъ оказываетъ предпочтеніе туловищу. Вакцинальная эритема исчезаетъ черезъ 2—3 дня, не оставляя шелушенія.

До сихъ поръ мы говорили только о симптоматической розеолѣ, значеніе которой выясняется, главнымъ образомъ, сопутствующими симптомами, но, кромѣ этихъ формъ, существуетъ еще нѣсколько видовъ пятнистыхъ сыпей, служащихъ выраженіемъ самостоятельныхъ болѣзней кожи. Сыпи эти встрѣчаются какъ у дѣтей старшаго возраста, такъ и у взрослыхъ. Діагностика нѣкоторыхъ изъ нихъ значительно облегчается тѣмъ, что онѣ имѣютъ свои излюбленныя локализаціи. Такъ, напр., **erythema multiforme** охотнѣе всего поражаетъ тыльную поверхность кистей и стопъ и во многихъ случаяхъ не распространяется далѣе предплечій. Сыпь эта состоитъ первоначально изъ ярко-красныхъ узелковъ, величиной съ булавочную головку и нѣсколько больше. Названіе „multiforme" дано ей въ виду тѣхъ измѣненій, которыя она представляетъ въ дальнѣйшемъ теченіи: папула можетъ поблѣднѣть и исчезнуть,

а въ окружности ея появляется красное кольцо — eryth. annulare; въ свою очередь и это кольцо, исчезая, измѣняется въ цвѣтѣ, а вокругъ него появляется новый ярко-красный ободокъ—eryth. iris; отъ встрѣчи одного круга съ другимъ и исчезанія пограничной красноты получаются волнообразныя красныя линіи — eryth. giratum; если на мѣстѣ узелковъ и ободковъ появляются пузырьки, то получается, такъ называемый, herpes iris.

Къ числу характерныхъ особенностей этой eryth. multiforme относится и то, что она не причиняетъ больному ни зуда, ни боли и черезъ нѣсколько дней исчезаетъ безъ шелушенія, а если затягивается недѣли на 2 или на 3, то не иначе какъ подъ вліяніемъ новыхъ высыпей, которыя въ подобныхъ случаяхъ могутъ распространяться даже на лицо и туловище. Въ началѣ своего появленія eryth. multif. можетъ сопровождаться лихорадочнымъ состояніемъ. Благодаря типической локализаціи, сыпь эту трудно не узнать.

Въ началѣ своего появленія, когда высыпаютъ папулы и особенно въ тѣхъ рѣдкихъ, аномальныхъ формахъ, при которыхъ поражается и лицо, можетъ явиться сомнѣніе насчетъ оспы, но, помимо локализаціи, легко исключить оспу по ярко-красному цвѣту сыпи, такъ какъ оспенныя папулы отличаются блѣдной окраской.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда появляются красныя кольца, можно бы думать о herpes tonsurans, но противъ него говоритъ опять-таки локализація (онъ любитъ лицо, шею, туловище) и характеръ кольца: при eryth. annulare оно гладкое, свободное отъ чешуекъ и корокъ, а при herp. tonsur. оно образуется изъ мелкихъ, тѣсно сидящихъ, пузырьковъ или корочекъ.

Другая сыпь, относящаяся къ разряду экссудативныхъ, пятнистыхъ эритемъ съ характерной локазизаціей *на голеняхъ,* есть **узловатая эритема** — erythema nodosum. Сыпь эта обусловливается серознымъ экссудатомъ въ веществѣ кожи, вслѣдствіе чего на поверхности ея образуются плоскія возвышенія, легче замѣтныя на ощупь, чѣмъ на глазъ; при ощупываніи они представляются въ видѣ плотныхъ узловъ въ кожѣ, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха и больше; цвѣтъ узловъ блѣдноватый, переходящій потомъ въ синій и желтый, какъ при синякѣ отъ ушиба, откуда и названіе — eryth. contusiforme; впрочемъ, нѣкоторыя пятна исчезаютъ, не измѣняясь въ цвѣтѣ, а просто блѣднѣютъ. Любимое мѣсто сыпи *голени* и потомъ *предплечья,* рѣже идетъ она на бедра и еще рѣже на лицо, а на туловищѣ если когда либо она и встрѣ-

чается, то лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ. Если при какой-нибудь сыпи, похожей на eryth. nodosum, голени оказались бы свободными отъ пятенъ и узловъ, то это не узловатая эритема. Самые большіе и притомъ *болѣзненные* при дотрогиваніи узлы сидятъ на передней поверхности голени, гдѣ въ окружности узла иногда бываетъ замѣтная отечная припухлость кожи, симулирующая periostitis, но узлы, разбросанные на другихъ мѣстахъ, выясняютъ дѣло; всѣ они неболѣзненны и не зудятъ. Узловатая эритема у дѣтей можетъ сопровождаться лихорадкой даже и при ничтожномъ числѣ узловъ; 2—3 штукъ, напр., ужъ достаточно для объясненія лихорадки въ 38—39°. Кто никогда не видалъ этой сыпи, можетъ смѣшать ее съ разными болѣзнями, на которыя въ сущности она вовсе даже непохожа, такъ напр. я видѣлъ случаи, въ которыхъ она принималась за краснуху, за крапивницу (хотя здѣсь нѣтъ ни зуда, ни бѣлыхъ волдырей), за periostitis.

Къ числу болѣзней съ опредѣленной локализаціей я отношу еще и *пятнистую форму стригущаго лишая* — **herpes tonsurans maculosus** на мѣстахъ, непокрытыхъ волосами. Любимое мѣсто его — закрытыя части шеи и туловище, рѣже встрѣчается онъ на конечностяхъ и почти никогда на лицѣ. (Въ одномъ случаѣ очень обильной сыпи на шеѣ и туловищѣ я наблюдалъ распространеніе ея и на подбородокъ). Сыпь при немъ состоитъ изъ круглыхъ и овальныхъ, блѣднорозовыхъ, гладкихъ пятенъ, которыя черезъ 2—3 дня начинаютъ шелушиться и покрываются тонкимъ слоемъ довольно плотно сидящихъ чешуекъ. Черезъ 3—5 недѣль сыпь исчезаетъ. Вначалѣ она слегка чешется. Величина пятенъ отъ чечевицы до гривенника. По виду пятенъ и по продолжительности существованія ихъ, herp. tonsur. macul. всего больше похожъ на пятнистый сифилидъ, но легко отличается отъ него легкимъ зудомъ, отсутствіемъ другихъ признаковъ общаго сифилиса (опухоли железъ, пораженій слизистыхъ оболочекъ рта и зѣва) и анамнезомъ.

Если красныя пятна весьма разнообразной величины и очертанія разбросаны по всему тѣлу и конечностямъ, сильно зудятъ и если притомъ они чрезвычайно легко мѣняютъ мѣсто, т.-е. безслѣдно (безъ шелушенія) исчезаютъ въ одномъ мѣстѣ и быстро появляются въ другомъ, то можно прямо сказать, что имѣемъ дѣло съ **крапивницей — urticaria.**

Въ центрѣ многихъ изъ этихъ пятенъ замѣчаются характерные для уртикаріи бѣлые волдыри, какъ будто отъ ожога крапивой,

откуда и названіе. Въ легкихъ случаяхъ вся высыпь состоитъ только изъ подобныхъ бѣлыхъ волдырей, иногда окруженныхъ краснымъ ободкомъ. Уртикарія нерѣдко сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ или гастрическими симптомами, въ видѣ рвоты, болей живота, поноса. Въ діагностическомъ отношеніи интересна мелкая кропивная сыпь, такъ называемый lichen urticatus s. urticaria papulosa, по величинѣ папулъ (волдырей) и красноватому цвѣту ихъ очень похожая на корь или на оспу (первый день высыпанія). При осмотрѣ всей поверхности кожи дѣло выясняется обыкновенно тотчасъ же, такъ какъ гдѣ-нибудь, въ особенности на ногахъ и животѣ, удается найти характерные, болѣе крупные, бѣловатые волдыри. Кромѣ того при кропивницѣ *обязательно* бываетъ сильный зудъ, отсутствующій при кори и въ первомъ періодѣ оспы. Urticaria появляется или какъ самостоятельная болѣзнь подъ вліяніемъ извѣстной пищи (идіосинкразія къ земляникѣ, ракамъ, грибамъ) или лѣкарствъ (хининъ, хлоралъ-гидратъ), или же она присоединяется къ другимъ болѣзнямъ, напр., скарлатинѣ, кори. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ причины кропивницы лежатъ въ крови; въ другомъ ряду случаевъ болѣзнь является результатомъ мѣстнаго раздраженія кожи, напр., при ожогѣ кропивой, укусѣ комаровъ и другихъ насѣкомыхъ, а также при ползаніи по кожѣ общеизвѣстныхъ волосатыхъ гусеницъ.

У нѣкоторыхъ дѣтей уртикарія встрѣчается въ видѣ хронической болѣзни и тогда съ различными промежутками можетъ тянуться годами, возвращаясь подъ вліяніемъ незамѣтныхъ причинъ. Если хроническая уртикарія замѣчается у маленькихъ дѣтей и локализируется на ногахъ, то она даетъ поводъ ожидать у нихъ развитія prurigo.

Имѣя дѣло съ эритематозной сыпью, надо имѣть въ виду еще и **лѣкарственныя сыпи,** которыя хотя и могутъ проявляться въ различныхъ формахъ, но всего чаще встрѣчаются въ видѣ различныхъ пятнистыхъ эритемъ. Особенной извѣстностью въ этомъ отношеніи пользуются препараты белладоны, такъ какъ разлитая краснота кожи вмѣстѣ съ сухостью зѣва и широкими зрачками принадлежатъ къ числу постоянныхъ симптомовъ отравленія этимъ ядомъ, почему belladonna и назначается гомеопатами противъ скарлатины. При идіосинкразіи подобныя же или пятнистыя эритемы появляются у нѣкоторыхъ субъектовъ послѣ среднихъ (не токсическихъ) пріемовъ хинина, салициловаго натра, антипирина, хлорала, опія, іодистаго калія и др. Діагностика лѣкарственныхъ сыпей вообще, и въ частности эритемъ, иногда бываетъ очень затруднительна и потому

въ сомнительныхъ случаяхъ, въ видахъ провѣрки распознаванія, назначаютъ больному снова тотъ пріемъ лѣкарства, отъ котораго предполагаютъ появленіе сыпи, такъ какъ *лѣкарственная сыпь характеризуется именно тѣмъ, что она можетъ быть вызвана у того же самаго субъекта по произволу тѣмъ же самымъ пріемомъ, какъ и въ первый разъ, и что она скоро исчезаетъ по прекращеніи лѣкарства.*

Такъ какъ одно и то же средство у разныхъ субъектовъ можетъ производить разныя формы сыпи, а, съ другой стороны, одна и та же сыпь можетъ появляться подъ вліяніемъ разныхъ лѣкарствъ, то понятно, что узнать, отъ чего именно произошла въ данномъ случаѣ сыпь, можно только изъ анамнеза.

Болѣзни, характеризующіяся появленіемъ мелкихъ кровоизліяній въ кожу.

Мелкія кровоизліянія въ кожу, такъ называемыя петехіи, бываютъ весьма разнообразной величины, напр., отъ небольшой точки до гривенника. Они характеризуются синеватымъ цвѣтомъ, рѣзко ограниченными краями и еще тѣмъ, что не исчезаютъ отъ давленія пальцемъ. Петехіи могутъ происходить отъ травматическихъ вліяній или отъ внутреннихъ причинъ, т.-е. отъ особой хрупкости сосудовъ подъ вліяніемъ нарушеннаго питанія ихъ стѣнокъ.

Травматическія петехіи отъ укусовъ блохъ и клоповъ легко узнаются по наружному виду: всѣ онѣ равномѣрной, точечной величины; вокругъ свѣжихъ петехій всегда бываетъ блѣднорозовый фонъ отъ гипереміи; они занимаютъ только закрытыя части тѣла и преимущественно мѣсто пояса или юбочныхъ тесемокъ. Иногда на мѣстѣ петехій кожа бываетъ покрыта очень мелкими островками чернаго порошка, который при обработкѣ уксусной кислотой и поваренной солью даетъ подъ микроскопомъ кристаллы гемина (выступившая и засохшая кровь).

Къ травматическимъ же петехіямъ относимъ мы и точечныя кровоизліянія въ кожѣ лица послѣ сильной натуги, напр., при рвотѣ, кашлѣ или общихъ судорогахъ.

Кровоизліянія въ кожу вслѣдствіе внутреннихъ причинъ указываютъ на особаго рода расположеніе организма къ самопроизвольнымъ кровотеченіямъ, т.-е. на кровоточивость, которая бываетъ или постоянной (гемофилія), или временной. Временная кровоточивость бываетъ или самостоятельнымъ страданіемъ, или симптомомъ

другихъ болѣзней, каковы: скорбутъ, лейкэмія, злокачественное малокровіе и различные инфекціонные процессы, напр. геморрагическая оспа, корь, скарлатина и др.

Временная кровоточивость, какъ самостоятельная болѣзнь извѣстна подъ именемъ purpura. Она встрѣчается въ различныхъ формахъ, между которыми существуютъ всевозможныя переходныя ступени. Типическими представителями считаются: purpura simplex, purp. haemorrhagica (s. morbus maculosus Werlhofii) и purp. rheumatica (s. peliosis rheumatica). Всѣ эти болѣзни въ большинствѣ случаевъ протекаютъ безъ лихорадки, но иногда сопровождаются довольно значительнымъ и продолжительнымъ жаромъ; при всѣхъ формахъ на кожѣ (въ особенности на ногахъ) появляются различной величины (отъ булавочной головки до гривенника и побольше) петехіи. Разница между этими болѣзнями состоитъ въ томъ, что при purpura simplex кровоизліянія замѣчаются только въ кожѣ, при purp. haemor., кромѣ того, всегда бываютъ кровотеченія и изъ слизистыхъ оболочекъ, всего чаще именно изъ десенъ и носа, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ также изъ почекъ и кишекъ; при purp. rheum., кромѣ кровоподтековъ въ кожу, наблюдается еще пораженіе сочлененій, преимущественно колѣнныхъ и голеностопныхъ, которыя замѣтно припухаютъ и дѣлаются болѣе или менѣе болѣзненными при давленіи и движеніяхъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ лихорадка отличается крайней неправильностью какъ по силѣ, такъ и по продолжительности: то она держится всего нѣсколько дней, то затягивается съ перерывами на нѣсколько недѣль. Причины пурпуры неизвѣстны; вліяніе простуды допускается многими.

Несмотря на рѣзкіе симптомы, ошибка у постели больного все-таки возможна. Если, напр., одновременно съ петехіями появляется сильная лихорадка, то можно принять пурпуру за геморрагическую оспу. Противъ оспы и за пурпуру говорятъ хорошо выраженные знаки привитой оспы и первоначальное появленіе кровоподтековъ на ногахъ (тогда какъ при оспѣ петехіи локализируются прежде всего на нижней части живота и на внутренней поверхности бедеръ). Въ другихъ случаяхъ лихорадочное состояніе начинается за нѣсколько дней до петехій и тогда можетъ быть сомнѣніе насчетъ сыпного тифа. Отличія состоятъ въ томъ, что при сыпномъ тифѣ у дѣтей ясно выраженныя петехіи принадлежатъ къ рѣдкостямъ, а на первый планъ выступаетъ roseola typhosa; далѣе, при тифѣ мы имѣемъ опухоль селезенки и правильную лихорадку, несвой-

ственную никакому виду пурпуры. Отъ скорбута (болѣзни очень рѣдкой въ дѣтскомъ возрастѣ) morb. Werlhofii отличается тѣмъ, что при ней десны хотя и кровоточатъ, но онѣ въ остальномъ нормальны, тогда какъ при скорбутѣ онѣ обязательно сильно распухаютъ и изо рта всегда воняетъ. Отъ гемофиліи — тѣмъ, что эта послѣдняя въ громадномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ наслѣдственное происхожденіе и тянется годами. Семьи гемофиликовъ бываютъ обыкновенно многодѣтныя; гемофиліей страдаютъ мальчики, а дѣвочки остаются на видъ здоровыми, но передаютъ гемофилію своему потомству и опять-таки только мальчикамъ. Кромѣ самопроизвольныхъ кровоизліяній въ кожу, гемофиліи свойственны обильныя кровотеченія изъ ничтожныхъ ранъ (порѣзъ пальца, извлеченіе зуба и т. п.).

Кромѣ поименованныхъ разновидностей пурпуры, послѣдняя встрѣчается еще въ нѣсколькихъ видахъ, интересныхъ въ діагностическомъ отношеніи. Такъ purpura можетъ сопровождаться высыпаніемъ крапивной сыпи и тогда сопровождается зудомъ — **purpura urticans**; въ другихъ случаяхъ картина болѣзни значительно измѣняется вслѣдствіе присоединенія тяжелыхъ желудочныхъ симптомовъ, въ особенности *рвоты и сильныхъ болей живота;* запоръ бываетъ чаще поноса, иногда появляются кровавыя испражненія. Нѣсколько подобныхъ случаевъ описано въ руководствѣ Henoch'а (Kinderkrankh. 3. Aufl., S. 784), но у другихъ авторовъ мы не находимъ на нихъ указаній, хотя въ практикѣ они встрѣчаются не особенно рѣдко. Въ двухъ моихъ случаяхъ боль живота значительно усиливалась подъ вліяніемъ кислотъ и отъ полуторохлористаго желѣза. Припадки болей живота и кровоподтековъ въ кожу выказываютъ большую склонность къ рецидивамъ (это характерная черта подобныхъ случаевъ по Henoch'у), вслѣдствіе которыхъ болѣзнь затягивается на нѣсколько недѣль, въ концѣ концовъ прекращаясь сама собой. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рецидивы или только первый приступъ сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ. Болѣзнь эта всего болѣе свойственна дѣтямъ въ возрастѣ послѣ 7 лѣтъ.

Гораздо болѣе рѣдкая, но всегда смертельная, разновидность описана Henoch'омъ же подъ именемъ **purpura fulminans.** Болѣзнь эта характеризуется 1) чрезвычайно быстрымъ появленіемъ и распространеніемъ кровоподтековъ сначала на ногахъ, а потомъ и на всемъ тѣлѣ и 2) упадкомъ силъ съ летальнымъ исходомъ черезъ 1—3 дня отъ начала болѣзни. Кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ обыкновенно не бываетъ (изъ 8-ми случаевъ, извѣстныхъ

мнѣ изъ литературы, только въ двухъ случаяхъ Ström'a и Aretander'a отмѣчено носовое кровотеченіе), температура большею частью остается нормальной, но иногда значительно повышается (въ случаѣ Michaelis'a у 9-ти-мѣсячнаго ребенка до 40,8). Возрастъ больныхъ былъ отъ 9 мѣсяцевъ до $6^1/_2$ лѣтъ. Причина болѣзни неизвѣстна; въ трехъ случахъ purpura fulm. появилась вскорѣ послѣ скарлатины, въ одномъ послѣ крупозной пневмоніи, въ остальныхъ среди полнаго здоровья. Вскрытіе давало отрицательный результатъ.

Когда подтеки на какой-нибудь конечности сливаются и она представляется припухшей, чернаго цвѣта и покрывается иногда пузырями, то при первомъ взглядѣ картина болѣзни напоминаетъ гангрену, но для исключенія послѣдней достаточно обратить вниманіе на полное отсутствіе гангренознаго запаха.

Въ случаѣ появленія обширныхъ подтековъ на всемъ тѣлѣ, можно думать объ *оспенной пурпурѣ* — *purpura variolosa*. Это самая опасная изъ всѣхъ видовъ оспы, такъ какъ кончается смертью въ 3—5 дней, нерѣдко еще до появленія сыпи. Дальнѣйшее сходство съ purpura fulminans состоитъ въ быстротѣ развитія кровоподтековъ (въ обоихъ случаяхъ съ каждымъ часомъ появляются все новыя и новыя пятна). Разница состоитъ въ слѣдующемъ: развитію петехій при purpura variolosa предшествуетъ обыкновенно диффузная *эритема* на туловищѣ и конечностяхъ и по этому красному фону показываются петехіи и болѣе обширныя кровоизліянія, особенно *на животѣ и груди*, а также *кровоподтеки на конъюнктивахъ* и *кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ* носа, кишекъ и почекъ. Далѣе purpura variolosa начинается сильнымъ *жаромъ*, *упорной рвотой* и (у болѣе взрослыхъ дѣтей) сильной болью поясницы. Ничего подобнаго при purp. fulminans не бываетъ; кровоподтеки при ней развиваются, главнымъ образомъ, на конечностяхъ (а не на животѣ), свѣжія пятна бываютъ окружены краснымъ фономъ и они болѣзненны при давленіи; обыкновенно не бываетъ ни повышенія температуры, ни кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ, ни начальной рвоты (по крайней мѣрѣ, никто изъ авторовъ не упоминаетъ про нее). Въ доказательство того, что Henoch въ своихъ случаяхъ имѣлъ дѣло не съ оспой, онъ приводитъ только одинъ доводъ, именно, что съ 1872 года онъ въ своей клиникѣ ни разу не видалъ никакой оспы; но онъ могъ бы съ полнымъ правомъ сослаться и на результаты вскрытія; въ его случаяхъ они были отрицательны, между тѣмъ какъ при purp. variol. обяза-

тельно бываютъ экхимозы на серозныхъ и слизистыхъ оболочкахъ и въ паренхиматозныхъ органахъ.

Симптоматическая пурпура, сопровождающая лейкэмію, злокачественную анэмію, *язвенный эндокардитъ* и т. п. болѣзни, отходитъ на заднiй планъ сравнительно съ другими симптомами этихъ процессовъ и ничего характернаго не представляетъ. О *продромальной петехіальной оспенной сыпи,* имѣющей большое значеніе для діагностики оспы въ періодѣ предвѣстниковъ, замѣтимъ только, что характеренъ не видъ пятенъ, а ихъ локализація; они занимаютъ первоначально нижнюю половину живота и внутреннія поверхности бедеръ почти до колѣнъ, такъ что когда больной лежитъ на спинѣ со сжатыми бедрами, то петехіальная сыпь занимаетъ треугольникъ, вершина котораго лежитъ повыше колѣнъ, а основаніе ограничивается линіей, проведенной поперекъ живота черезъ пупокъ; это, такъ называемый, бедренный треугольникъ Simon'a. Въ случаѣ бóльшаго распространенія сыпи, вторымъ любимымъ ея мѣстомъ бываютъ подмышки и область большого грудного мускула — верхнiй или грудной треугольникъ Simon'a. На другихъ мѣстахъ петехіи встрѣчаются рѣже.

Болѣзни кожи, характеризующіяся образованіемъ пузырьковъ, гнойничковъ и корокъ.

Сыпи, состоящія изъ пузырьковь, бываютъ острыя и хроническія. Въ острыхъ случаяхъ пузырьки могутъ быть разбросаны по всему тѣлу или они занимаютъ лишь ограниченное пространство.

Если *пузырьки съ прозрачнымъ содержимымъ высыпаютъ быстро* по всему тѣлу, все равно сидятъ ли они при этомъ густо или разсѣянно, то это можетъ быть вѣтреная оспа (varicella), потница (sudamina crystalina) и экцема. При **вѣтреной оспѣ** пузырьки различной величины (отъ просяного зерна до чечевицы) сидятъ болѣе или менѣе разбросанно на всемъ тѣлѣ, но главнымъ образомъ *на спинѣ;* свѣжіе пузырьки наполнены *прозрачнымъ содержимымъ* и окружены *краснымъ фономъ;* позднѣе фонъ исчезаетъ, а пузырекъ или прямо подсыхаетъ, или содержимое его предварительно мутнѣетъ отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ. Высыпаніе варицелли сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ и *зудомъ.* Вся болѣзнь до образованія корочекъ тянется съ недѣлю.

Вѣтреная оспа болѣзнь *заразительная* и потому въ многодѣтныхъ семьяхъ діагностика ея значительно облегчается тѣмъ, что

сыпь является у нѣсколькихъ. Принять ее, въ виду зуда и заразительности, за чесотку было бы очень грубой ошибкой, такъ какъ чесотка никогда не высыпаетъ сразу на всемъ тѣлѣ. По характеру сыпи варицелля имѣетъ сходство съ разбросанными пузырьками экцемы. При діагностикѣ надо имѣть въ виду, что острая экцема въ формѣ пузырьковъ, разбросанныхъ по всему тѣлу, встрѣчается крайне рѣдко; я лично наблюдалъ ее только одинъ разъ у мальчика 8 лѣтъ послѣ большихъ пріемовъ скипидара (по дессертной ложкѣ два раза въ день по поводу сомнительнаго дифтерита); везикулезная зудящая сыпь появилась у него на 3-й день лѣченія. Острая экцема чаще встрѣчается въ видѣ весьма тѣсно сидящихъ пузырьковъ, но такая экцема вовсе непохожа на варицеллю, такъ какъ даже и при обширномъ распространеніи она не занимаетъ равномѣрно всего тѣла, а распространяется по туловищу, лицу и конечностямъ островами и сопровождается не только зудомъ, но и отечностью рыхлой клѣтчатки на лицѣ и кистяхъ. Въ болѣе ограниченной формѣ везикулезная сыпь высыпаетъ иногда послѣ различныхъ раздраженій кожи, напр., при растираніи раздражающими мазями, продолжительномъ употребленіи согрѣвающаго компресса и проч. Діагностика такихъ сыпей легка на основаніи анамнеза. Что касается до sudamina s. miliaria crystalina, то она не имѣетъ ни малѣйшаго сходства ни съ варицеллей, ни съ экцемой, такъ какъ характеризуется двумя, ей только присущими, признаками: 1) пузырьки при ней всегда съ прозрачнымъ содержимымъ, всѣ одинаковой величины и притомъ не болѣе просяного зерна и 2) сидятъ они на совершенно нормальной, не покраснѣвшей кожѣ. Любимое мѣсто ея — шея и туловище, особенно грудь и животъ, гдѣ пузырьки сидятъ довольно густо; конечности же и лицо бываютъ свободны отъ сыпи. Причина ея — обильный потъ, скопляющійся подъ эпидермисомъ по сосѣдству съ отверстіями выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ (выводной протокъ потовыхъ железъ проходитъ черезъ слой эпидермиса, не имѣя собственныхъ стѣнокъ, а потому въ случаѣ закрытія его просвѣта разбухшимъ эпидермисомъ, потъ скопляется подъ нимъ, подымая его въ видѣ миліарнаго пузырька). По этой причинѣ sudamina всего чаще является послѣ остро-лихорадочныхъ болѣзней, въ періодѣ кризиса.

Къ острымъ *ограниченнымъ* пузырьковымъ сыпямъ *съ типическимъ теченіемъ* принадлежитъ herpes — пузырчатый лишай. Онъ характеризуется появленіемъ *небольшой группы* тѣсно сидящихъ миліарныхъ прозрачныхъ пузырьковъ *на воспаленномъ основаніи.*

Продолжительность болѣзни 3—4 дня, послѣ чего пузырьки подсыхаютъ въ тонкую корочку. Herpes всего чаще высыпаетъ на губахъ и на носу. О значеніи его для діагностики лихорадочныхъ болѣзней см. въ главѣ о семіотикѣ лихорадки.

Особую разновидность herpes'а составляетъ *поясовидный лишай* — zoster, особенности котораго состоятъ въ томъ, что онъ распространяется по тракту нервовъ и что всегда занимаетъ только одну половину тѣла. Такъ какъ всего чаще онъ соотвѣтствуетъ межребернымъ нервамъ, то группы пузырьковъ располагаются вдоль того или другого межреберья въ видѣ полупояса, откуда и названіе. Понятно, что на конечностяхъ сыпь не можетъ принять видъ браслета, а распространяется вдоль члена. Zoster никогда не занимаетъ большого пространства, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ ограничивается какимъ-нибудь однимъ нервомъ или одной изъ вѣтвей его (напр., на лицѣ n. trigeminus никогда не поражается весь). Особенность дѣтскаго zoster'а сравнительно со взрослыми, состоитъ въ томъ, что у дѣтей онъ рѣдко сопровождается невралгіями и еще рѣже эти послѣднія остаются послѣ исчезанія сыпи.

Къ ограниченнымъ везикулезнымъ сыпямъ принадлежитъ и **экцема,** отличающаяся отъ herpes'а, во-1-хъ, далеко *не типическимъ* теченіемъ и, во-2-хъ, тѣмъ, что высыпаніе пузырьковъ не ограничивается тѣснымъ пространствомъ, а, напротивъ того, оно выказываетъ большую склонность распространяться по поверхности сосѣдней кожи. Пузырьки при экцемѣ не подсыхаютъ въ тонкія корочки, а сливаются между собой, лишаются своего покрова и оставляютъ на своемъ мѣстѣ обнаженную, красную мокнущую кожу (eczema rubrum). Не будучи защищено отъ вліянія воздуха, отдѣляемое засыхаетъ въ толстыя, буроватыя корки. Подобныя корки очень часто встрѣчаются у грудныхъ дѣтей на щекахъ и, по сходству ихъ цвѣта съ пригорѣлыми пѣнками молока, получили названіе crusta lactea. Въ такомъ видѣ экцема можетъ оставаться очень долго (мѣсяцами); въ періодѣ выздоровленія или когда экцема переходитъ въ хроническую форму, кожа перестаетъ мокнуть, она блѣднѣетъ и покрывается бѣловатыми чешуйками — eczema squamosum.

Діагностика экцемы не трудна; не только мокнущая, но и сухая, шелушащаяся экцема такъ характерна, что допускаетъ распознаваніе съ перваго взгляда, но къ тому же мы имѣемъ и еще два существенныхъ признака экцемы, именно опухоль сосѣднихъ

лимфатическихъ железъ и значительный зудъ сыпи. Этими двумя симптомами приходится пользоваться въ нѣкоторыхъ сомнительныхъ случаяхъ, напр., при опредѣленіи причинъ образованія корокъ на волосистой части головы.

У грудныхъ дѣтей **корки на головѣ** встрѣчаются очень часто подъ вліяніемъ двухъ совершенно различныхъ причинъ: себорреи и экцемы.

Seborrhoea — болѣзнь совсѣмъ невинная; образованіе корокъ при ней происходитъ вслѣдствіе скопленія большого количества отдѣляемаго сальныхъ железокъ кожи головы, которое, смѣшиваясь съ пылью, ссыхается въ довольно толстый, бурый панцырь, покрывающій область большого родничка или весь сводъ черепа. Точно такой же панцырь можетъ произойти и отъ экцемы. Противъ послѣдней говоритъ отсутствіе зуда пораженныхъ частей и припухлости затылочныхъ железъ, которыя при экцемѣ легко прощупываются близъ нижняго края волосъ на затылкѣ въ видѣ шарообразныхъ, подвижныхъ, плотныхъ образованій величиной до лѣсного орѣха. Дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что при seborrhoea послѣ отдѣленія корокъ обнажается совершенно нормальная кожа, между тѣмъ какъ при экцемѣ кожа подъ корками оказывается красной, мокнущей, легко кровоточащей. Seborrhoea занимаетъ только куполъ черепа, оставляя боковыя части головы свободными отъ корокъ, а экцема часто распространяется въ видѣ островковъ не только сюда, но даже и на сосѣднюю кожу, непокрытую волосами. Для діагностики имѣетъ значеніе и возрастъ: seborrhoea чаще встрѣчается у грудныхъ дѣтей въ первую половину года, а экцема во вторую.

У дѣтей старшаго возраста корки на головѣ могутъ зависѣть отъ экцемы и отъ **favus'a**. Въ свѣжихъ случаяхъ послѣдняго корки всегда имѣютъ желтый цвѣтъ, напоминающій сѣру, и этимъ онѣ рѣзко отличаются отъ бурыхъ корокъ экцемы. Въ запущенныхъ случаяхъ корки favus'а могутъ утратить свой характерный цвѣтъ, но тогда замѣчается такое облысѣніе головы, какого никогда не бываетъ при экцемѣ; оставшіеся волосы легко выдергиваются и отличаются особымъ матовымъ, какъ бы запыленнымъ видомъ; послѣ удаленія корокъ кожа при favus'ѣ не мокнетъ. Favus — болѣзнь чрезвычайно упорная, тянущаяся цѣлыми мѣсяцами и, несмотря на то, образованіе корокъ не идетъ далѣе волосистой части головы, не сопровождается опуханіемъ затылочныхъ и шейныхъ железъ и не зудитъ. Наконецъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи волоса, полежавшаго минутки двѣ въ растворѣ ѣдкаго калія 1:2, въ немъ

легко найти круглыя споры и цѣпочки фавуснаго грибка — Achorion Schoenleinii.

Съ экцемой, именно со сквамозной формой ея, можетъ быть смѣшана и другая микотическая сыпь волосистой части головы, именно **стригущій лишай** — *herpes tonsurans*. Грибокъ, производящій эту сыпь — trichophyton tonsurans — подъ микроскопомъ мало чѣмъ отличается отъ предыдущаго, но картина болѣзни при немъ совершенно иная. У больного появляются на головѣ одно или нѣсколько облысѣлыхъ мѣстъ, величиной отъ 1 до 3 сантиметровъ въ діаметрѣ; покрыты они не корками, а грубыми чешуйками, среди которыхъ торчатъ обломленные близъ корня волоса. Сыпь ѳта не зудитъ и не мокнетъ, чѣмъ и отличается отъ экцемы.

Для терапіи важно не только діагносцировать экцему, но и опредѣлить ея причину въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Это легко сдѣлать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ экцема является результатомъ мѣстнаго раздраженія кожи, но подобнаго рода случаи встрѣчаются сравнительно рѣдко.

Во многихъ случаяхъ можно сдѣлать вѣрное заключеніе о причинѣ экцемы по мѣсту, ею занимаемому. Такъ напр., экцема *затылка* у дѣтей старшаго возраста съ расчесами кожи верхней части спины почти навѣрное зависитъ отъ вшей (pediculi capitis) и въ такомъ случаѣ даже и при поверхностномъ осмотрѣ волосъ легко замѣтить на нихъ присутствіе яичекъ насѣкомыхъ въ видѣ желтоватыхъ, величиной въ маковое зерно, образованій, сидящихъ вблизи основанія волоса. Экцема, въ видѣ разбросанныхъ, мелкихъ пузырьковъ и гнойничковъ на кистяхъ и пальцахъ, указываетъ на чесотку; мокнущія мѣста въ глубокихъ кожныхъ складкахъ шеи у тучныхъ дѣтей или въ подмышкахъ и пахахъ (перепрѣлость) зависятъ отъ раздраженія и мацераціи кожи отдѣляемымъ потовыхъ и сальныхъ железъ.

Гораздо чаще приходится имѣть дѣло съ экцемами отъ неизвѣстныхъ раздраженій. Такія экцемы отличаются отъ предыдущихъ своей упорностью, такъ такъ онѣ стоятъ въ связи съ общимъ неправильнымъ питаніемъ организма, и именно у грудныхъ дѣтей съ тучностью и рахитизмомъ, у болѣе взрослыхъ съ золотухой.

Если на кожѣ появляются отдѣльно сидящіе гнойнички, величиной съ чечевицу, превращающіеся потомъ въ корочки, то такого рода сыпь извѣстна подъ именемъ **impetigo.** Въ большинствѣ случаевъ гнойнички являются рядомъ съ другими признаками экцемы и характеризуютъ, такъ наз., пустулезную форму экцемы — *eczema*

impetiginosum. Такія экцемы часто являются вслѣдствіе сильныхъ раздраженій кожи, напр., при помазываніяхъ кротоновымъ масломъ, въ сосѣдствѣ съ мушкой и проч. Но, помимо этого, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается еще и самостоятельная гнойничковая болѣзнь кожи, отличающаяся *заразительностью* (impetigo contagiosum) и потому поражающая нерѣдко нѣсколькихъ членовъ семьи. Въ типическихъ случаяхъ прежде всего сыпь появляется *на подбородкѣ*. Здѣсь очень быстро образуются крупные гнойнички, скоро превращающіеся въ корочки. Особенность этой сыпи состоитъ въ томъ, что гнойнички сидятъ не на покраснѣвшей кожѣ, какъ при экцемѣ, а на совершенно нормальной и они рѣдко сливаются въ крупныя бляшки. Болѣзнь тянется недѣли 3—4, такъ какъ постоянно поддерживается высыпаніемъ новыхъ пустулъ по сосѣдству со старыми или на новыхъ мѣстахъ (вслѣдствіе самозараженія?). Если заболѣваютъ этой сыпью нѣсколько человѣкъ въ семьѣ, то діагностика легка, а въ одиночномъ случаѣ болѣзнь можетъ быть принята за экцему, тѣмъ болѣе, что сыпь нѣсколько зудитъ. Отличіе въ томъ, что пустулы отдѣлены другъ отъ друга промежутками нормальной кожи и что онѣ не выказываютъ склонности къ сливанію и образованію мокнущей кожи; до нѣкоторой степени характерна и локализація сыпи на подбородкѣ.

Всего чаще появляется impetigo contagiosum у дѣтей, живущихъ въ сырыхъ квартирахъ.

Крупныя корки (до 1 снт. въ діаметрѣ), разбросанно сидящія на ногахъ, ягодицахъ и поясницѣ, нерѣдко встрѣчаются у золотушныхъ дѣтей. По отдѣленіи корки открывается небольшая язвочка. Эта такъ называемая **ecthyma** принадлежитъ къ числу хроническихъ болѣзней; она сопровождается нѣкоторымъ зудомъ.

Болѣзни кожи, характеризующіяся образованіемъ отдѣльно сидящихъ пузырей.

Если мы встрѣчаемъ на кожѣ отдѣльно сидящіе пузыри, наполненные прозрачнымъ или гноевиднымъ содержимымъ, величиной отъ крупной горошины до лѣсного орѣха и больше, то имѣемъ дѣло съ **pemphigus**'омъ. — Болѣзнь эта свойственна почти исключительно новорожденнымъ дѣтямъ, двухъ первыхъ недѣль жизни, и встрѣчается въ двухъ формахъ: въ видѣ простого, доброкачественнаго пемфигуса—*pemphigus benignus* и сифилитическаго — *p. syphiliti-*

cus. Высыпаніе пузырей въ обоихъ случаяхъ происходитъ быстро и большею частью въ первые дни жизни; главное отличіе въ локализаціи пузырей и въ сопутствующихъ симптомахъ: простой пемфигусъ встрѣчается у совершенно здоровыхъ, крѣпкихъ новорожденныхъ и высыпаетъ, главнымъ образомъ, на туловищѣ, а также на шеѣ и бедрахъ, но щадитъ ладони; сифилитическій же, служащій признакомъ тяжелаго сифилиса, является всегда въ сопутствіи другихъ симптомовъ этой болѣзни и поражаетъ большею частью недоношенныхъ, истощенныхъ дѣтей и локализируется прежде всего и больше всего на ладоняхъ, подошвахъ и пальцахъ.

Простой пемфигусъ новорожденныхъ, хотя и протекаетъ въ видѣ острой болѣзни кожи, но не сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ. — Хроническій пемфигусъ, характеризующійся постояннымъ появленіемъ все новыхъ и новыхъ пузырей въ теченіе мѣсяцевъ, встрѣчается только у дѣтей старшаго возраста, да и то крайне рѣдко.

Болѣзни кожи, характеризующіяся главнымъ образомъ зудомъ.

Матери часто обращаются къ врачу по поводу того, что ребенокъ ихъ вотъ уже нѣсколько недѣль сильно чешется, особенно по ночамъ, и потому неспокойно спитъ. При осмотрѣ такого ребенка можетъ оказаться, что кожа не представляетъ никакихъ измѣненій, кромѣ расчесовъ. Въ такомъ случаѣ приходится считать *зудъ* за выраженіе *невроза кожи*, причиной котораго въ большинствѣ случаевъ бываетъ общій упадокъ питанія, выражающійся малокровіемъ, рахитизмомъ или общей нервностью.

Въ другихъ случаяхъ зудъ появился послѣ извѣстныхъ раздраженій кожи (напр., растираній соленой водкой, соленыхъ ваннъ), и при осмотрѣ кожи мы находимъ многочисленныя папулы, разбросанныя по всему тѣлу или только на ногахъ, а потому можемъ діагносцировить *папулезную экцему*, которая исчезаетъ довольно скоро послѣ устраненія причины, чѣмъ рѣзко отличается отъ другой папулезной, сильно зудящей, сыпи, именно *prurigo*. Болѣзнь эта отличается чрезвычайно хроническимъ теченіемъ (не только мѣсяцы, но и годы) и вначалѣ характеризуется только зудомъ и ничтожной папулезной сыпью на передней поверхности ногъ, на пояснице и на тыльной поверхности предплечій.

Если при долго продолжавшемся зудѣ мы находимъ весьма распространенныя и рѣзкія измѣненія всей кожи, мѣстами въ видѣ

гнойничковъ, корочекъ и пигментацій съ припухлостью подмышечныхъ и паховыхъ железъ, словомъ, очень распространенную, хроническую экцему, то можемъ предполагать у больного или запущенную чесотку, или застарѣлый prurigo. Отличить эти двѣ болѣзни, несмотря на кажущееся большое сходство ихъ, нетрудно. Прежде всего надо обратить вниманіе на локализацію главнѣйшихъ измѣненій кожи, а потомъ спросить, давно-ли ребенокъ боленъ.

Prurigo, какъ уже сказано, начинается съ голеней и въ застарѣлыхъ случаяхъ кожа переднихъ поверхностей голеней сравнительно, напр., съ бедрами и руками представляется чрезвычайно плотной, утолщенной и сухой; она почти не подымается въ складку и, въ противоположность ей, кожа колѣнныхъ и локтевыхъ сгибовъ остается нормально тонкой и нѣжной, совершенно свободной отъ сыпи; точно такой же контрастъ представляетъ и нѣжная кожа живота сравнительно съ грубой кожей поясницы; однимъ словомъ, prurigo характеризуется тѣмъ, что онъ поражаетъ, главнымъ образомъ, разгибательныя стороны конечностей и туловища, тогда какъ чесотка любитъ нѣжныя мѣста и потому животъ поражается при ней больше спины, кисти рукъ — больше голеней.

Что касается до продолжительности болѣзни, то чесотка распространяется на все тѣло значительно быстрѣе, чѣмъ prurigo, такъ что если родители говорятъ, что ребенокъ боленъ зудомъ всего лишь нѣсколько недѣль, то это не можетъ быть prurigo; наоборотъ, если болѣзнь продолжается съ небольшими ремиссіями нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ, ухудшаясь зимой и облегчаясь лѣтомъ, то это, по всей вѣроятности, prurigo.

Замѣтимъ еще, что сильный зудъ есть безусловно необходимый спутникъ всякой чесотки и prurigo и потому отсутствіе зуда прямо исключаетъ эти процессы.

Въ острыхъ болѣзняхъ сильный зудъ всей поверхности кожи обязательно сопровождаетъ крапивницу и распространенную острую экцему, о которыхъ рѣчь была выше, и оспу въ періодѣ подсыханія. Незначительный зудъ является обычнымъ спутникомъ скарлатины и вѣтреной оспы.

Ограниченный, мѣстный зудъ, не зависящій отъ экцемы или отъ какой-нибудь другой сыпи, получаетъ различное діагностическое значеніе въ зависимости отъ мѣста его появленія. Такъ напр., зудъ circa anum по вечерамъ, какъ только ребенокъ согрѣется въ постели, служитъ довольно вѣрнымъ признакомъ присутствія острицъ (oxyuris vermicularis) въ прямой кишкѣ; чесаніе penis'а

можетъ зависѣть отъ скопленія смегмы подъ крайней плотью, а зудъ передняго прохода у дѣвочекъ — отъ бѣлей; зудъ носа встрѣчается иногда при круглыхъ глистахъ; періодическій зудъ, повторяющійся въ извѣстные часы дня въ различныхъ мѣстахъ тѣла и исчезающій отъ хинина, служитъ выраженіемъ маскированной маляріи.

Болѣзни, характеризующіяся затвердѣніемъ или отекомъ подкожной клѣтчатки.

Для педіатра имѣетъ особое значеніе затвердѣніе клѣтчатки, встрѣчающееся у новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей, и извѣстное подъ именемъ **sclerema neonatorum.** Болѣзнь эта свойственна, главнымъ образомъ, недоноскамъ и истощеннымъ дѣтямъ и состоитъ въ своеобразномъ уплотнѣніи кожи и подкожной клѣтчатки сначала ногъ, а потомъ и всего тѣла, идущемъ параллельно съ общимъ упадкомъ силъ и значительнымъ пониженіемъ температуры тѣла. Склерема встрѣчается у дѣтей въ двухъ формахъ: одна, свойственная исключительно новорожденнымъ, обусловливается отекомъ клѣтчатки и называется sclerema oedematosum s. oedema acutum neonatorum, а вторая, чаще встрѣчающаяся у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ жизни и развивающаяся подъ вліяніемъ обильныхъ водянистыхъ поносовъ, объясняется потерей воды клѣтчатки и застываніемъ подкожнаго жира и называется *sclerema adiposum*. Обѣ формы кончаются смертью черезъ нѣсколько дней. Существенная клиническая разница этихъ двухъ формъ состоитъ, главнымъ образомъ, въ томъ, что въ первомъ случаѣ объемъ пораженныхъ членовъ увеличивается какъ при всякомъ отекѣ, а во второмъ — уменьшается. По поводу отличія этихъ состояній отъ sclerodermia adultorum (которая, впрочемъ, встрѣчается и у дѣтей и даже въ самомъ раннемъ возрастѣ) достаточно указать на то, что послѣдняя отличается весьма хроническихъ теченіемъ и не сопровождается разстройствомъ общаго питанія организма и паденіемъ температуры.

Отекъ подкожной клѣтчатки у дѣтей старшаго возраста, какъ и у взрослыхъ, встрѣчается или въ видѣ общаго отека всего тѣла, или въ ограниченной формѣ. Діагностика отека не представляетъ никакихъ затрудненій, такъ какъ онъ характеризуется рѣзкими, одному лишь ему свойственными признаками: отекшій членъ увеличенъ въ объемѣ, кожа напряжена, гладка, блѣдна и при дав-

леніи пальцемъ получаетъ ямкообразное вдавленіе, исчезающее довольно медленно. Вопросъ можетъ итти только о причинахъ отека. *Отекъ всего тѣла* у дѣтей всего чаще зависитъ отъ воспаленія почекъ, рѣже отъ слабой дѣятельности сердца; въ обоихъ этихъ случаяхъ моча содержитъ бѣлокъ, и кромѣ того, представляетъ такія характерныя измѣненія относительно осадка, цвѣта и количества, что по свойствамъ мочи не трудно узнать причину отековъ и водянки полостей; объ этомъ мы ужъ говорили въ главѣ о семіотикѣ мочи, здѣсь же прибавимъ только, что начинающіе врачи не должны упускать изъ виду, что слабость сердца, ведущая къ общей водянкѣ, является слѣдствіемъ не однихъ только пороковъ клапановъ въ періодѣ разстройства компенсаціи, но также и пораженія самой сердечной мышцы или перикардія, а отсюда слѣдуетъ, что *общая водянка сердечнаго происхожденія можетъ наступить и при совершенно чистыхъ сердечныхъ тонахъ* и *діагностика* причины подобныхъ водянокъ *основывается не столько на присутствіи шумовъ* съ первымъ или вторымъ временемъ, *сколько на симптомахъ сердечной слабости* вообще, каковы расширеніе сердца (увеличеніе сердечной тупости въ поперечномъ направленіи при слабомъ сердечномъ толчкѣ, усиленный 2-й тонъ легочной артеріи при слабыхъ сердечныхъ тонахъ вообще и въ особенности аорты, увеличеніе печени (отъ пассивной гипереміи), слабый пульсъ, застойная моча.

Но, помимо этого, въ дѣтскомъ возрастѣ не особенно рѣдко встрѣчаются случаи отека всего тѣла *безъ бѣлка въ мочѣ*. Подобныя водянки зависятъ отъ измѣненія стѣнокъ капилляровъ подъ вліяніемъ общаго истощенія, напр., отъ поноса, застарѣлой болотной лихорадки и другихъ хроническихъ болѣзней (общая водянка въ такихъ случаяхъ встрѣчается рѣдко, гораздо чаще бываетъ отекъ ногъ и водянка живота) или подъ вліяніемъ скарлатины, или простуды. Общая водянка безъ альбуминуріи встрѣчается настолько не часто, что нѣкоторые врачи даже сомнѣваются въ ея существованіи, а потому примѣра ради приведемъ здѣсь два случая, бывшихъ подъ нашимъ наблюденіемъ въ клиникѣ въ теченіе $^{91}/_{92}$ года.

Мальчикъ И. Д. 5 лѣтъ поступилъ въ клинику 23 окт. 92 г. по поводу лихорадочнаго состоянія, кашля, *отека всего тѣла и водянки живота*. Анамнезъ: четвертый ребенокъ у здоровыхъ родителей; на первомъ году жизни, несмотря на грудное кормленіе, часто страдалъ поносами; ходить началъ около году. За три недѣли до поступленія появился поносъ, жаръ и рвота; черезъ недѣлю къ этому присоединился еще и кашель, а за два дня до поступленія появились отекъ ногъ и всего тѣла. St. praes: значитель-

ный отекъ всего тѣла, не исключая и лица, окружность живота $58^1/_2$ снт. (вмѣсто 40—45 какъ бываетъ въ нормѣ), при ощупываніи его получается ясная флюктуація; кожа и слиз. обол. блѣдны, эпидермисъ не шелушится; аппетитъ плохъ, жажда усилена; больного *слабитъ 8—10 разъ въ сутки* слизисто-кровянистымъ, жидкимъ стуломъ, съ болью живота и жиленіемъ; мочится раза 3 въ сутки, количество мочи около 300 к. с. (часть мочи теряется при испражненіяхъ), въ началѣ содержала слѣды бѣлка, но вскорѣ онъ совсѣмъ исчезъ, *моча свѣтла, безъ осадка;* дыханіе учащено до 48 въ минуту, довольно сильный кашель, изслѣд. груди даетъ отрицательные результаты; тоны сердца чисты, число ударовъ 132, пульсъ слабаго наполненія, сонъ плохой, больной очень слабъ, такъ что не можетъ сидѣть. Лѣченіе: молочная діэта, Ol. ricini, клизмы изъ таннина и внутрь coffein. citric. до 0,6 pro die. Съ первыхъ же дней, по мѣрѣ уменьшенія поноса, общее состояніе стало быстро поправляться, количество мочи поднялось до 1000 к. с. и больше, водянка постепенно исчезала и 11-го ноября (черезъ 19 дней) больной выписался вполнѣ здоровымъ.

Водянка въ этомъ случаѣ зависѣла повидимому отъ общаго истощенія подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія и кроваваго поноса и отчасти отъ ослабленной дѣятельности сердца.

Дѣвочка 4 л. К. Т. поступила въ клинику 11-го февр. 93 г. по поводу малаго количества мочи, лихорадочнаго состоянія, отека подкожной клѣтчатки всего тѣла и водянки живота. Прежде всегда здоровая заболѣла двѣ недѣли тому назадъ жаромъ и точечной жабой, но дня черезъ четыре выздоровѣла, припадки же, съ которыми теперь поступила въ клинику, появились только вчера. Аппетитъ плоховатъ, слабитъ нормально 1—2 раза въ сутки, нормальными испражненіями; мочи всего 200 к. с., но она совершенно свѣтла и не содержитъ ни слѣда бѣлка; окруж. живота 56 снт., дыханій — 48, кашля нѣтъ, пульсъ 120, слабаго наполненія, правильный; границы сердца и его тоны нормальны, сонъ хорошъ, t. 37, 6 утр., 38,2 веч. Лѣченіе — молочная діэта и coffeinum citr. 0,6 pro die. Уже черезъ 4 дня было замѣтно значительное улучшеніе: мочи 900, окружность жив. 52, отеки гораздо меньше, умѣренное лихорадочное состояніе отъ 37,5 до 38,6 держалось до 6-го дня.

Причина водянки въ этомъ случаѣ не совсѣмъ ясна; весьма возможно, что точечная жаба была выраженіемъ аномальной скарлатины, и водянка явилась слѣдствіемъ этой болѣзни; лихорадочное состояніе не противорѣчитъ этому предположенію, такъ какъ скарлатинозная водянка безъ нефрита встрѣчается въ острой и подострой формѣ, изъ коихъ первая сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ и быстрымъ развитіемъ водянки (какъ было и въ данномъ случаѣ), тогда какъ при второй формѣ отеки, начавшись съ ногъ и лица, распространяются медленно и идутъ при нормальной температурѣ. Несогласные съ этимъ объясненіемъ могутъ предположить въ данномъ случаѣ вполнѣ идіопатическую, такъ наз., простудную водянку.

Мѣстные, ограниченные отеки, если они не зависять отъ вышеприведенныхъ болѣзней, могутъ происходить отъ различныхъ причинъ.

Отекъ ногъ встрѣчается у дѣтей всего чаще при хроническихъ поносахъ; *острый отекъ лица,* въ особенности вѣкъ, сопровождаетъ обыкновенно воспалительные процессы кожи, именно рожу, острую экцему и уртикарію; *отекъ* однихъ лишь *вѣкъ* заставляетъ предполагать воспалительные процессы въ глазу, въ особенности бленоррею.

Односторонняя, острая отечная опухоль лица, появляющаяся съ лихорадочнымъ состояніемъ, но безъ красноты кожи, можетъ зависѣть отъ флюса или отъ воспаленія околоушной железы; если отечная опухоль щеки появляется у больного, истощеннаго какой-либо острой инфекціонной болѣзнью, и сопровождается сильнѣйшею вонью изо рта, то у больного навѣрное либо очень распространенная stomacace, либо нома. *Хроническій отекъ лица* или одной изъ конечностей у маленькихъ дѣтей нерѣдко бываетъ слѣдствіемъ перенесенной рожи этихъ частей.

Отечная *опухоль шейной* и подчелюстной *клѣтчатки* на одной или на обѣихъ сторонахъ, безболѣзненная и при нормальныхъ покровахъ всегда зависитъ отъ воспаленія сосѣднихъ органовъ. При ближайшемъ изслѣдованіи окажется у больного либо periostitis нижней челюсти, либо дифтеритъ зѣва, либо заднеглоточный и тонзиллярный нарывъ, либо свинка. Отекъ шеи при дифтеритѣ бываетъ обыкновенно двустороннимъ и имѣетъ весьма дурное прогностическое значеніе; онъ быстро распространяется по шеѣ книзу, но рѣдко успѣваетъ дойти до ключицъ, такъ какъ смерть наступаетъ большею частью черезъ 2—3 дня послѣ появленія отека; наоборотъ, при нарывахъ въ зѣвѣ отекъ бываетъ ограниченнымъ и одностороннимъ; при скарлатинозномъ дифтеритѣ тоже наблюдается нерѣдко опухоль шеи, но только не отечная, а плотная вслѣдствіе флегмоны.

При periostitis maxillaris легко замѣтить при ощупываніи нижней челюсти ограниченное, весьма болѣзненное утолщеніе кости.

При свинкѣ (periparotitis epidaem.) отечная опухоль занимаетъ не только верхнюю часть боковой поверхности шеи, но обязательно распространяется и на соотвѣтственную сторону лица; характерно для свинки то, что непосредственно подъ ухомъ, сзади восходящей вѣтви нижней челюсти всегда можно ощупать болѣе плотное мѣсто, болѣзненное при давленіи, соотвѣтствующее нижней части припухшей gl. parotis.

Объ отличіи паротита отъ воспаленія лимфатическихъ железъ, а также объ отекѣ шеи при submaxillitis см. гл. о семіотикѣ лихорадки.

Отекъ одной половины грудной клѣтки при явныхъ симптомахъ плевритическаго экссудата указываетъ на гнойный характеръ послѣдняго.

Въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ, ограниченные отеки стоятъ въ связи съ пораженіемъ нервовъ — *нейропатическіе отеки*. Они характеризуются внезапнымъ появленіемъ своимъ и столь же быстрымъ исчезаніемъ по прошествіи нѣсколькихъ минутъ или часовъ. Такая измѣнчивость симптомовъ вмѣстѣ съ рѣзкими границами отека и краснымъ фономъ вокругъ него придаютъ ему большое сходство съ отеками отъ уртикаріи, но отсутствіе зуда исключаетъ это страданіе. Любимымъ мѣстомъ нейропатическаго отека бываютъ пальцы рукъ, кисти и щеки, на каковыхъ частяхъ онъ появляется обыкновенно симметрично; въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось наблюдать рѣзко ограниченную отечную опухоль правой стороны лба, напоминавшую по своей формѣ кровяную опухоль черепа отъ ушиба. Черезъ нѣкоторое время опухоль безслѣдно исчезла, но на слѣдующій день появилась на вѣкахъ праваго глаза. Что вазомоторный отекъ можетъ имѣть очень обширное распространеніе, доказываетъ случай Кригера, описанный въ XXXII т. „Медиц. Обозр.“, стр. 385. По словамъ больного, онъ съ дѣтства страдалъ отеками, быстро появлявшимися и исчезавшими въ 2—3 дня. Отеки эти переходили съ мѣста на мѣсто и бывали всюду: на рукахъ, ногахъ, туловищѣ, головѣ и лицѣ, повторяясь въ 2—3 мѣсяца разъ. Замѣчательно, что этой же болѣзни подвержены мать его и тетка по матери. Больной этотъ умеръ на 26-мъ году во время одного изъ приступовъ отъ асфиксіи вслѣдствіе отека гортани. Аутопсія не выяснила причины отековъ.

Слѣдуетъ упомянуть еще и о томъ, что мѣстные отеки могутъ зависѣть отъ застоя крови, вслѣдствіе закупорки или сдавленія венныхъ стволовъ.

Мягкая опухоль подкожной клѣтчатки шеи, груди и другихъ частей, легко уступающая давленію пальцемъ и покрытая нормальной блѣдной кожей, словомъ, опухоль, съ перваго взгляда очень похожая на отечную, можетъ зависѣть отъ скопленія воздуха въ подкожной клѣтчаткѣ — *emphysema sub cutanea*. Узнать ее не трудно по въ высшей степени характерному треску при давленіи на опухоль пальцемъ, напоминающему хрустѣніе снѣга.

Эмфизема кожи или подкожной клѣтчатки всего чаще появляется на шеѣ и отсюда можетъ распространяться съ одной стороны на лицо, съ другой на грудную клѣтку и ниже. Самой частой причиной подкожной эмфиземы у дѣтей бываетъ разрывъ легочныхъ пузырьковъ при сильномъ кашлѣ (коклюшъ, инородное тѣло въ бронхахъ, капиллярный бронхитъ) или при крикѣ, рвотѣ и сильномъ жиленіи. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ воздухъ, вышедши изъ легочныхъ пузырьковъ, распространяется по междольчатой соединительной ткани къ корню легкихъ и отсюда черезъ переднее средостѣніе въ подкожную клѣтчатку шеи, начиная съ яремной ямки.

Въ другихъ случаяхъ подкожная эмфизема шеи начинается съ окружности трахеотомической ранки; при переломахъ носовыхъ костей она можетъ ограничиваться носомъ и сосѣдними частями лица (вѣки, лобъ, щеки); при переломѣ реберъ эмфизема можетъ появиться первоначально на грудной клѣткѣ.

Хроническія общія безлихорадочныя болѣзни съ разнообразной локализаціей.

Золотуха.

Общее разстройство питанія, извѣстное подъ именемъ золотухи — scrophulosis, характеризуется наклонностью къ хроническимъ воспаленіямъ различныхъ тканей и органовъ, подъ вліяніемъ самыхъ незначительныхъ, подчасъ неуловимыхъ раздраженій. Золотушные воспалительные процессы отличаются еще тѣмъ, что при нихъ чрезвычайно легко вовлекаются въ процессъ сосѣднія лифматическія железы (vasa afferentia которыхъ происходятъ изъ воспалительныхъ областей), которыя остаются увеличенными на долгое время даже и послѣ полнаго окончанія воспаленія, подавшаго поводъ къ ихъ гиперплязіи.

Къ числу особенностей золотушнаго воспаленія паренхиматозныхъ органовъ относится и то, что воспалительные продукты оказываются очень не стойкими и, скопляясь въ какомъ-нибудь органѣ, легко подвергаются творожистому перерожденію и настоящей тубер-

кулизаціи, съ появленіемъ Koch'овскихъ бациллъ — мѣстный туберкулезъ. Частое осложненіе золотухи туберкулезомъ (мѣстнымъ и общимъ) конечно еще не доказываетъ тождества этихъ процессовъ, что ясно изъ того, что не всякое золотушное воспаленіе протекаетъ при участіи бациллъ и что многіе больные современемъ совершенно выздоравливаютъ и благополучно достигаютъ зрѣлаго возраста, тогда какъ туберкулезные скоро умираютъ. Золотуха представляетъ только почву, удобную для развитія туберкулезныхъ бациллъ, подобно тому какъ мы видимъ это въ физіологическомъ состояніи у морскихъ свинокъ и кроликовъ.

Во многихъ случаяхъ можно узнать золотушнаго субъекта даже и въ томъ періодѣ, когда онъ не представляетъ никакихъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, характерныхъ для золотухи, и именно на основаніи habitus'а больного. Различаютъ два типа золотухи: торпидную и эретическую (scroph. torpida и eretica s. florida). Для перваго типа характерно одутловатое, блѣдное лицо, толстая верхняя губа, бѣлокурые волосы, большой животъ, довольно сильно развитый, но дряблый подкожный жиръ при блѣдныхъ покровахъ и вялыхъ мышцахъ. Такія дѣти обыкновенно апатичны и лѣнивы ко всякому труду. Они чрезвычайно расположены къ опуханію шейныхъ железъ и къ хроническимъ туберкулезнымъ процессамъ какъ къ мѣстнымъ (въ железахъ или костяхъ), такъ и къ общему.

Представителями эретической золотухи являются худенькія дѣти, съ шелковистыми, б. ч. темными волосами, съ длинными рѣсницами, окаймляющими большіе, темно-каріе глаза съ синеватой склерой; подкожная клѣтчатка у нихъ очень бѣдна жиромъ, а кожа тонка, нѣжна и во многихъ мѣстахъ, особенно на вискахъ, пронизана просвѣчивающими венами. Длинныя кости иногда замѣчательно тонки, мышцы развиты слабо, словомъ, на всемъ организмѣ лежитъ отпечатокъ крайней нѣжности и деликатности. Такія дѣти отличаются особой живостью и нервностью; въ умственномъ отношеніи они развиваются быстро и рано. Наружныя лифматическія железы у нихъ поражаются мало, больше бронхіальныя. Расположеніе такихъ дѣтей къ хроническому мѣстному туберкулезу можетъ быть не такъ велико, какъ къ острому миліарному, въ видѣ менингита.

Конечно между этими крайними типами существуютъ всевозможныя переходныя формы и потому подвести любой случай золотухи подъ тотъ или другой типъ не всегда возможно; во многихъ случаяхъ діагностика золотухи можетъ быть установлена только на основаніи тѣхъ или иныхъ проявленій ея, при чемъ дѣло облег-

чается тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ больные представляютъ одновременно нѣсколько симптомовъ.

Самымъ частымъ, иногда единственнымъ проявленіемъ золотухи бываютъ *увеличенныя лимфатическія железы* и главнымъ образомъ на шеѣ. Онѣ или только хронически гиперплязированы или творожисто перерождены. Въ первомъ случаѣ онѣ прощупываются вдоль свободнаго края m. sterno-cl.-mast., а также подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти, въ видѣ катающихся подъ пальцемъ, безболѣзненныхъ, овальныхъ, плотныхъ образованій, величиной отъ кедроваго до лѣсного орѣха. Въ случаѣ творожистаго перерожденія отдѣльныя железки достигаютъ гораздо большей величины и большей плотности и, срастаясь съ сосѣдними железами, образуютъ большіе, бугристые конгломераты, безобразящіе шею.

Кромѣ железъ, при золотухѣ часто поражаются кожа (упорныя экцемы, impetigo, ecthyma, но не psoriasis, который часто встрѣчается и у здоровыхъ людей), глаза (blepharitis, keratitis и conjunctivitis phlyctenulosa и др.), уши (otitis media et externa), слизистыя оболочки (насморкъ, ozaena, повторные бронхиты, наклонность къ поносамъ или къ запорамъ; въ послѣднемъ случаѣ причина лежитъ вѣроятно въ слабости кишечной мускулатуры, такъ какъ привычные запоры встрѣчаются обыкновенно при эретической формѣ золотухи, при которой мышечная система вообще отличается большой слабостью), наконецъ, кости (periostitis длинныхъ костей, костоѣда позвоночника и другихъ небольшихъ костей, въ особенности предплюсневыхъ и пальцевъ рукъ въ формѣ spinae ventosae), а также сочлененія (synovitis chron., tumor albus).

Къ характеристикѣ золотухи относится также наклонность къ самопроизвольному излѣченію въ періодѣ половой зрѣлости, если только дѣло не дошло до крупныхъ мѣстныхъ измѣненій въ организмѣ, въ основѣ которыхъ лежитъ обыкновенно осложненіе туберкулезомъ.

Діагностика золотухи въ большинствѣ случаевъ не представляетъ никакихъ затрудненій; она основывается на habitus'ѣ больного и на различныхъ проявленіяхъ золотухи, о которыхъ рѣчь была выше.

При *ложной и настоящей лейкэміи* тоже замѣчается хроническое болѣзненное припуханіе железъ, но при золотухѣ оно почти никогда не бываетъ столь повсемѣстнымъ и столь рѣзко выраженнымъ, какъ при лейкэміи; въ пользу послѣдняго страданія говоритъ далѣе прогрессивный ходъ болѣзни, значительная блѣдность и особенно *опухоль селезенки;* при настоящей лейкэміи мы находимъ еще увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови.

Большое сходство съ золотухой представляютъ иногда случаи *поздняго наслѣдственнаго сифилиса,* въ широкомъ значеніи слова. (Подъ названіемъ lues congenita tarda въ тѣсномъ смыслѣ понимаютъ такіе случаи, въ которыхъ врожденный сифилисъ на первомъ году жизни остается въ скрытомъ состояніи а потомъ, иногда много лѣтъ спустя, вдругъ начинаетъ проявляться въ т. н. третичнымъ формахъ, т.-е. въ видѣ язвъ, гуммъ, періоститовъ и т. п. но такъ какъ точно такими же симптомами проявляется иногда и обыкновенный наслѣдственный сифилисъ, т.-е. такой, который выражался обычными симптомами въ первые мѣсяцы жизни, а потомъ оставался до поры до времени въ скрытомъ состояніи, то разница между этими двумя формами поздняго сифилиса сводится только къ анамнезу).

Симптоматическое сходство запоздалаго сифилиса съ золотухой можетъ быть очень велико, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ мы можемъ имѣть хроническую гиперплязію лимфатическихъ железъ, постоянный насморкъ, keratitis, пораженіе костей.

Діагностика основывается отчасти на свойствѣ симптомовъ, отчасти же на анамнезѣ. Послѣдній долженъ выяснить, не было ли какихъ-либо проявленій сифилиса у ребенка раньше, особенно въ первые мѣсяцы жизни (см. о врожденномъ сифилисѣ), не было ли у матери выкидышей, каково здоровье другихъ дѣтей и самихъ родителей. Надо впрочемъ замѣтить, что констатированіе давнишняго сифилиса у кого-либо изъ родителей еще не доказываетъ существованія сифилиса у дѣтей, онъ даетъ только право подозрѣвать его.

Дѣло въ томъ, что сифилисъ родителей, бывшій много лѣтъ тому назадъ и повидимому излѣченный, нерѣдко бываетъ причиной того, что дѣти оказываются рахитикаки или золотушными. Такую этіологію слѣдуетъ имѣть въ виду во всѣхъ случаяхъ, когда явленія тяжелой золотухи (пораженіе костей) появляются у ребенка, родившагося отъ здоровыхъ на видъ и крѣпкихъ родителей, воспитывавшагося на грудномъ молокѣ и жившаго вообще при правильной гигіенической обстановкѣ.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, говорящихъ противъ золотухи и за сифилисъ, можно назвать слѣдующіе: 1) keratitis parenchymatosa (этотъ симптомъ имѣетъ почти рѣшающее значеніе, такъ какъ при чистой золотухѣ встрѣчается очень рѣдко); въ пользу ея и противъ сифилиса говорятъ напротивъ: blepharitis, keratitis phlyctenulosa, conjuntivitis; 2) хроническій язвенный насморкъ съ разрушеніемъ носовой перегородки; (при золотухѣ простое разрастаніе

слизистой оболочки раковинъ или атрофія ея съ вонью изъ носа, какъ при ozaena); 3) periostitis костей голени (при золотухѣ — фунгозные синовиты о остеоміэлитъ мелкихъ губчатыхъ костей и spina ventosa). Если на основаніи симптомовъ и анамнеза можно съ большей или меньшей увѣренностью подозрѣвать врожденный сифилисъ, то окончательное рѣшеніе можно ждать отъ специфическаго лѣченія. 4) Язвенные процессы въ зѣвѣ, съ разрушеніемъ мягкаго, а иногда и твердаго нёба (при золотухѣ дѣло не идетъ далѣе хроническаго катарра зѣва съ гипертрофіей миндалинъ и аденоидными разращеніями въ носоглоточномъ пространствѣ. 5) Гуммы и гуммозныя язвы съ рѣзко вырѣзанными краями (при золотухѣ образуются иногда своего рода гуммы въ видѣ узловъ въ подкожной клѣтчаткѣ, свойственныхъ дѣтямъ 1—3-лѣтняго возраста и извѣстныхъ подъ именемъ scrophulophytus s. nodus scrophulosorum. Любимымъ мѣстомъ этихъ узловъ служатъ ягодицы, бедра и щеки. Сначала является подъ кожей круглый, подвижный узелокъ, постепенно увеличивающійся до кедроваго или лѣсного орѣха; онъ едва выступаетъ надъ поверхностью кожи, но легко прощупывается и оказывается при этомъ неболѣзненнымъ; кожа, покрывающая узелъ, вначалѣ нормальнаго цвѣта; позднѣе узелъ срастается съ кожей, которая тогда краснѣетъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи наступаетъ или разрѣшеніе (всасываніе инфильтрата), или хроническій воспалительный процессъ, служащій причиной образованія узла; кончается исходомъ въ нагноеніе, т.-е. образуется небольшой абсцессъ, вскрывающійся наружу и скоро заживающій или оставляющій на своемъ мѣстѣ язву съ подрытыми тонкими краями (а не съ толстыми, какъ послѣ вскрытія гуммы).

У маленькихъ дѣтей очень трудно или даже невозможно отличить золотуху отъ рахитизма, такъ какъ общее разстройство питанія, лежащее въ основѣ рахитизма, выражается, какъ и при золотухѣ, наклонностью къ хроническимъ воспалительнымъ процессамъ различныхъ тканей и органовъ подъ вліяніемъ незамѣтныхъ раздраженій.

Рахитизмъ.

Rachitis принадлежитъ къ числу болѣзней первыхъ 2—3-хъ лѣтъ жизни и легко узнается по своеобразному измѣненію костей, чѣмъ онъ и отличается отъ золотухи. Но такъ какъ при рахитизмѣ страдаетъ не одинъ только скелетъ, но и всѣ другіе органы, и такъ какъ при немъ мы часто встрѣчаемъ и хроническія экцемы

и гиперплязію железъ съ творожистымъ перерожденіемъ ихъ, и катарры слизистыхъ оболочекъ, да, наконецъ, и въ этіологическомъ отношеніи онъ представляетъ много общаго съ золотухой, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ очень трудно сказать, съ чѣмъ собственно имѣемъ мы дѣло, съ рахитизмомъ ли только, или вмѣстѣ съ тѣмъ и съ золотухой, его осложняющей. Слѣдуя воззрѣнію Cantani, я держусь того мнѣнія, что причины и сущность этихъ двухъ процессовъ, можетъ быть, тождественны (по Cantani — недостатокъ ассимиляціи извести организмомъ)*), а разница объясняется возрастомъ больныхъ: въ первые два года жизни недостатокъ извести отражается на костяхъ всего сильнѣе, такъ какъ въ это время онѣ растутъ всего быстрѣе, а позднѣе измѣненія костей отступаютъ на задній планъ. Какъ бы то ни было, но вѣрно то, что рахитизмъ безъ симптомовъ золотухи встрѣчается рѣдко и что ребенокъ, бывшій въ первые годы своей жизни рахитикомъ, сплошь и рядомъ оказывается потомъ золотушнымъ. Итакъ, если у больного мы находимъ рахитическія измѣненія въ костяхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ хроническія сыпи, гиперплязію жезезъ и проч., то можно діагносцировать просто rachitis, не отрицая того, что впослѣдствіи ребенокъ окажется, быть можетъ, золотушнымъ. Рахитическія измѣненія костей состоятъ съ одной стороны въ размягченіи костей (всасываніе отложившейся уже извести), а съ другой — въ утолщеніи эпифизовъ вслѣдствіе усиленнаго разрастанія остеоидной ткани въ мѣстѣ перехода кости въ хрящъ.

Всего раньше, именно ужъ въ первые мѣсяцы жизни, рахитизмъ проявляется на костяхъ черепа, въ видѣ *размягченія затылка;* нѣсколько позднѣе можно констатировать утолщеніе лобныхъ и теменныхъ бугровъ, вслѣдствіе чего овальная форма головы превращается какъ бы въ четыреугольную. На первомъ же году жизни рахитическій процессъ распространяется и на ребра; на мѣстѣ перехода кости въ хрящъ появляется утолщеніе, легко доступное ощупыванію (для этого стоитъ только провести паль-

---

*) Рахитизмъ и золотуха, — говоритъ Cantani (Spec. Pathol. u. Ther. d. Stoffwechselkr. B. IV. 1884), — стоятъ между собой въ тѣсной связи; если не хватаетъ много извести, то поражаются кости, если же недостатокъ извести невеликъ, то растущія кости притягиваютъ къ себѣ весь запасъ ея и тогда страдаютъ только другіе органы. Дряблость тканей и нестойкость клѣточныхъ элементовъ при золотухѣ, по C., зависитъ отчасти отъ недостаточнаго отложенія извести въ мягкія ткани, п. ч. бѣлокъ не можетъ образовать здоровую и стойкую клѣтку, необходимой составной частью которой являются, между прочимъ, и соли извести.

цемъ по любому ребру по направленію отъ l. axillaris къ грудинѣ); у худощавыхъ субъектовъ эти утолщенія выступаютъ подъ кожей въ видѣ шарообразныхъ образованій, расположенныхъ другъ надъ другомъ по кривой линіи, идущей сверху внизъ, постепенно удаляясь отъ средней линіи тѣла. Общій видъ этихъ утолщеній оправдываетъ названіе — *четковидное утолщеніе реберъ*. Размягченіе реберъ выражается въ томъ, что они утрачиваютъ свою нормальную кривизну и принимаютъ болѣе прямое направленіе, вслѣдствіе чего грудная клѣтка представляется болѣе или менѣе сдавленною съ боковъ, а грудная кость выдается впередъ подобно тому, какъ бываетъ это у птицъ, откуда и названіе — *куриная грудь* — pectus carinatum. Вслѣдствіе обычнаго у рахитиковъ метеоризма растягивается весь животъ, а также и нижняя часть грудной клѣтки (ниже мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы), и потому вокругъ всей периферіи груди является перехватъ, отдѣляющій верхнюю, суженную часть грудной клѣтки отъ нижней, расширенной; перехватъ этотъ соотвѣтствуетъ мѣстамъ прикрѣпленія діафрагмы. На длинныхъ костяхъ конечностей рахитическія утолщенія всего болѣе замѣтны на нижнихъ концахъ костей предплечья; размягченіе костей конечностей выражается искривленіемъ ихъ, особенно голеней.

Отъ слабости мышцъ вообще и въ частности спинныхъ, рахитики не въ состояніи сидѣть съ вытянутой спиной; напротивъ того, повинуясь законамъ тяжести, она сгибается такимъ образомъ, что позвоночникъ образуетъ широкую дугу, обращенную выпуклостью кзади. Въ первое время кривизна позвоночника легко устраняется, напр., положеніемъ больного на спинѣ или при поднятіи его за руки (подмышки) кверху, но позднѣе искривленіе дѣлается постояннымъ и образуется *рахитическій горбъ*, отличающійся отъ Поттова горба (вслѣдствіе костоѣды позвоночника) тѣмъ, что онъ не угловатый, а дугообразный.

Вотъ главнѣйшія измѣненія въ костяхъ, благодаря которымъ діагностика рахитизма въ выраженныхъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій.

Другое дѣло — узнать *начинающійся рахитизмъ*, когда измѣненія въ костяхъ еще не успѣли развиться. Въ подобныхъ случаяхъ важно знать прежде всего, чѣмъ питается ребенокъ и въ какой обстановкѣ онъ живетъ. Несоотвѣтственная возрасту ребенка пища и дурной воздухъ квартиры имѣютъ такое важное значеніе въ этіологіи рахитизма, что во многихъ случаяхъ можно предсказать

его развитіе еще задолго до появленія первыхъ симптомовъ его; съ большой увѣренностью можно сдѣлать это во всѣхъ случаяхъ, когда ребенка съ первыхъ мѣсяцевъ жизни начинаютъ прикармливать крахмалистой или сахаристой пищей (швейцарское молоко) и особенно если онъ живетъ при этомъ въ спертомъ воздухѣ или въ сырой квартирѣ. Далѣе можно ожидать развитія рахитизма въ недалекомъ будущемъ, если съ первыхъ мѣсяцевъ жизни ребенокъ начинаетъ страдать хронической диспепсіей, все равно находится ли онъ при груди матери или воспитывается на рожкѣ; рѣдко также остаются свободными отъ рахитизма дѣти, ожирѣлыя вслѣдствіе перекармливанія, хотя бы и самой безукоризненной пищей.

Начало собственно рахитизма совершается очень постепенно: ребенокъ блѣднѣетъ, кожа и мышцы его дѣлаются дряблыми, онъ хуже спитъ, выказываетъ наклонность къ потливости головки и часто трется затылкомъ о подушку, вслѣдствіе чего является *облысѣніе затылка.* Эти симптомы свойственны дѣтямъ 3—5 мѣсяцевъ жизни, у которыхъ въ это время обыкновенно удается констатировать размягченіе затылка въ бо́льшей или меньшей степени. Подъ вліяніемъ лѣченія и устраненія причинъ болѣзнь можетъ остановиться въ этомъ начальномъ періодѣ и все кончается чрезъ нѣсколько недѣль полнымъ выздоровленіемъ. Въ менѣе благопріятныхъ случаяхъ появляются, напротивъ, и другія рахитическія измѣненія въ видѣ разрастанія лобныхъ и затылочныхъ бугровъ, утолщенія реберныхъ концовъ и т. д.

Если рахитизмъ начинается на второй половинѣ года, то размягченія затылка не бываетъ, и въ видѣ начальныхъ симптомовъ является опять-таки блѣдность, раздражительность и, кромѣ того, запоздалое прорѣзываніе зубовъ или удлиненіе антрактовъ между отдѣльными группами зубовъ и пораженіе реберъ. Если рахитизмъ начинается еще позднѣе, напр., въ концѣ 2-го года жизни, то и грудная клѣтка можетъ остаться нормальной, а поражаются конечности. На основаніи того, что не всѣ кости поражаются рахитизмомъ одновременно, а что въ этомъ отношеніи соблюдается извѣстная правильность и послѣдовательность, можно по существующимъ измѣненіямъ судить, когда приблизительно начался рахитизмъ.

Мы уже сказали, что измѣненія въ костяхъ составляютъ главные и самые характерные симптомы рахитизма, но, помимо того, разстройство питанія отражается и на другихъ тканяхъ и органахъ, со стороны которыхъ появляются симптомы, важные не столько для діагностики рахитизма, сколько для терапіи и для сужденія о

томъ, продолжаетъ ли процессъ прогрессировать, или онъ идетъ къ улучшенію.

Къ наиболѣе постояннымъ симптомамъ рахитизма принадлежатъ слѣдующіе: *органы пищеваренія* у рахитика очень рѣдко продолжаютъ правильно функціонировать, обыкновенно же бываетъ наклонность либо къ запору, либо къ поносу и во всякомъ случаѣ къ хроническому метеоризму. Большой, такъ называемый лягушечій животъ рахитиковъ обусловливается разными причинами, каковы: избыточное образованіе газовъ вслѣдствіе неправильнаго пищеваренія, слабость мускулатуры кишекъ и брюшной стѣнки, увеличеніе селезенки и печени, сдавленіе грудной клѣтки. Со стороны *органовъ дыханія* замѣчается большое расположеніе къ хроническимъ или часто повторяющимся катаррамъ дыхательныхъ вѣтвей и къ катарральной пнеймоніи, вслѣдствіе чего рахитики плохо переносятъ коклюшъ и корь; подъ вліяніемъ постоянныхъ катарровъ поражаются также и бронхіальныя железы, часто подвергающіяся творожистому перерожденію и туберкулизаціи, а отсюда расположеніе рахитиковъ къ туберкулезному менингиту. Ненормальное питаніе *нервной системы* выражается плохимъ сномъ и расположеніемъ рахитиковъ къ ляринготпазму и эклямпсіи. На *кожѣ* часто появляются хроническія экцемы и подъ вліяніемъ потливости миліарія. Упадокъ питанія вообще проявляется блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ, вялостью мышцъ и болѣе или менѣе значительнымъ припуханіемъ селезенки.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ конечно не всѣ эти симптомы будутъ на лицо; все зависитъ отъ индивидуальноси больного и отъ степени развитія болѣзни, но это еще не даетъ права разсматривать ихъ, какъ осложненія.

Діагностика рахитизма основывается, главнымъ образомъ, на характерныхъ измѣненіяхъ костей и вообще не трудна.

Утолщеніе эпифизовъ при общемъ истощеніи организма, блѣдности покрововъ и опухоли селезенки наблюдается иногда при наслѣдственномъ сифилисѣ, но въ такомъ случаѣ никогда не отстутствуютъ другіе симптомы сифилиса на кожѣ или на слизистыхъ оболочкахъ носа, рта и зѣва, выясняющихъ дѣло (см. сифилисъ); да, кромѣ того, эпифизарный сифилисъ является очень рано, именно въ первые мѣсяцы жизни, тогда какъ рахитизмъ конечностей свойственъ дѣтямъ по второму году жизни. Кости черепа при сифилисѣ не поражаются и если у сифилитическаго ребенка замѣчаются открытые швы, размягченный затылокъ или утолщеніе лоб-

ныхъ и теменныхъ бугровъ, то значитъ, сифилисъ въ данномъ случаѣ осложненъ рахитизмомъ, что встрѣчается почти постоянно. Встрѣчаются случаи рахитизма, при которомъ, несмотря на сравнительно слабое пораженіе костей, ребенокъ представляетъ симптомы очень рѣзко выраженнаго малокровія при громадной, плотной селезенкѣ, такъ что является вопросъ о лейкэміи, осложненной рахитизмомъ. Дѣло рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ крови; при рахитизмѣ, протекающемъ съ большой селезенкой и съ сильнымъ малокровіемъ, кровь хотя и представляется на видъ блѣдной, но подъ микроскопомъ оказывается, что число бѣлыхъ тѣлецъ или вовсе не увеличено, или — лишь незначительно.

Наслѣдственный сифилисъ.

Чѣмъ свѣжѣе сифилисъ у родителей или у кого-либо изъ нихъ, тѣмъ сильнѣе отражается онъ на потомствѣ (за исключеніемъ только случаевъ зараженія матери во время беременности, когда ребенокъ нерѣдко остается совсѣмъ здоровымъ). Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ беременность не доходитъ до нормальнаго конца и кончается либо выкидышемъ, либо недоношеннымъ плодомъ, представляющимъ уже при рожденіи несомнѣнные симптомы сифилиса; такіе новорожденные оказываются обыкновенно недолговѣчными и умираютъ въ первые дни или недѣли жизни.

Если ребенокъ родился въ срокъ и на видъ здоровымъ, то онъ заболѣваетъ сифилисомъ то раньше, то позднѣе, смотря по тому, въ какомъ періодѣ находится болѣзнь у родителей. Первые припадки сифилиса у ребенка всего чаще проявляются въ теченіе шести недѣль послѣ родовъ, рѣже отъ 6 до 12 недѣль и почти никогда послѣ трехъ мѣсяцевъ. Большинство авторовъ допускаютъ возможность перваго проявленія наслѣдственнаго сифилиса даже много лѣтъ спустя послѣ рожденія, и въ такомъ случаѣ болѣзнь проявляется прямо припадками гуммознаго періода (періоститы, гуммозныя язвы и проч.), это т. н. *syhilis congenita tarda* въ тѣсномъ смыслѣ слова; но такъ какъ припадки въ первыя недѣли жизни нерѣдко бываютъ выражены нерѣзко и легко могутъ быть просмотрѣны, то очень возможно, что большинство случаевъ поздняго сифилиса суть не что иное, какъ рецедивы обыкновеннаго наслѣдственнаго сифилиса.

Какъ бы то ни было, но вѣрно то, что, за весьма рѣдкими

исключеніями, *наслѣдственный сифилисъ проявляется всегда въ первые три мѣсяца жизни.*

Въ большинствѣ случаевъ дѣло начинается съ *насморка,* который вначалѣ хотя и не представляетъ ничего особеннаго, но является подозрительнымъ уже по возрасту ребенка; діагностика сифилиса дѣлается очень вѣроятной, если насморкъ затягивается и одновременно съ нимъ замѣчается особаго рода *желтоватая блѣдность лица* и *пигментація* или себоррея *надбровныхъ дугъ.**) Если при этихъ, повидимому ничтожныхъ, припадкахъ есть еще извѣстныя данныя въ анамнезѣ (см. ниже), то діагностику наслѣдственнаго lues'а можно считать несомнѣнной. Впрочемъ, колебанія врача не могутъ продолжаться долго, такъ какъ скоро появляются и другіе, болѣе несомнѣнные симптомы сифилиса, а именно *пятнистая* и *папулезная сыпь,* разбросанная по всему тѣлу, но всего больше на нижнихъ конечностяхъ; въ складкахъ шеи, пахахъ и circa anum замѣчаются обыкновенно *мокнущія широкія папулы,* которыя такъ характерны, что сами по себѣ могутъ рѣшить вопросъ о существованіи сифилиса совсѣмъ опредѣленно. На губахъ и въ углахъ рта появляются трещины и болѣе или менѣе разлитые инфильтраты (зѣвъ у маленькихъ дѣтей обыкновенно не поражается, но при рецидивахъ наслѣдственнаго сифилиса очень часто). Далѣе, къ числу характерныхъ для сифилиса измѣненій относятся гладкія, лоснящіяся, какъ бы *лакированныя подошвы,* пузыри pemphigus'а на разныхъ мѣстахъ тѣла, особенно на ладоняхъ и пальцахъ. Напротивъ того, подкожныя лимфатическія железы при врожденномъ сифилисѣ обыкновенно не припухаютъ, за исключеніемъ только тѣхъ, въ сосѣдствѣ которыхъ находятся гноящіяся мѣста.

О ложномъ сифилитическомъ параличѣ вслѣдствіе osteo-chondritis syphilitica см. гл. о параличахъ (стр. 264).

Симптомы *поздняго сифилиса* — syphilis tarda, смотря по возрасту ребенка, бываютъ различны. У дѣтей 2—3-хъ лѣтъ отъ

*) На важное діагностическое значеніе цвѣта лица у сифилитиковъ съ особеннымъ удареніемъ указываетъ Trousseau (Клинич. лекціи Т. II, стр. 822). „Опытный врачъ, — говоритъ онъ, — распознаетъ сифилисъ уже при одномъ взглядѣ на лицо ребенка. Лицо представляетъ какой-то особенный темно-бурый тонъ; такъ и кажется, будто по лицу ребенка слегка мазнули кофейной гущей. Это не блѣдность и не желтизна, и не желто-соломенный цвѣтъ, бывающій при другихъ худосочіяхъ. Этотъ цвѣтъ не распространяется вовсе на остальную часть тѣла. Мнѣ неизвѣстно никакой другой болѣзни дѣтскаго возраста, гдѣ-бы замѣчался такой цвѣтъ, и когда онъ рѣзко выраженъ, то стоитъ самыхъ рѣзкихъ симптомовъ. Миллеръ, напротивъ, не придаетъ цвѣту лица особаго значенія, такъ какъ онъ встрѣчалъ его и при септицеміи новорожденныхъ.

роду всего чаще приходится имѣть дѣло съ рецидивами сифилиса, въ видѣ кондиломъ на слизистой оболочкѣ губъ, языка и гортани (хроническій стенозъ гортани и афонія) и съ изъязвленіями мягкаго нёба. У дѣтей старшаго возраста часто поражаются кости и всего чаще именно — голени въ видѣ хроническаго періостита (болѣзненное утолщеніе діафиза, dolores esteocopi nocturni). Въ другихъ случаяхъ на костяхъ образуются гуммы, которыя впослѣдствіи вскрываются, оставляя на своемъ мѣстѣ язву, дно которой — шероховатая, изъѣденная кость; подобныя язвы чаще встрѣчаются на костяхъ черепа.

Со стороны глазъ, самымъ характернымъ симптомомъ для поздняго наслѣдственнаго сифилиса бываетъ *keratitis parenchymatosa,* которая почти никогда не встрѣчается при чистой золотухѣ и потому имѣетъ большое значеніе для дифференціальной діагностики этихъ двухъ процессовъ. Паренхиматозный кератитъ вмѣстѣ съ глухотой и съ извѣстнымъ измѣненіемъ зубовъ составляетъ, такъ называемое, Hutschinson'ское тріо. Со стороны носа встрѣчается или простой хроническій насморкъ съ вонючимъ отдѣляемымъ, или язвенный процессъ, могущій вести къ разрушенію носовыхъ костей.

Діагностика сифилиса, какъ свѣжаго, такъ и поздняго, облегчается въ большинствѣ случаевъ тѣмъ, что у ребенка удается констатировать одновременно нѣсколько проявленій сифилиса въ такой комбинаціи, какая не встрѣчается ни при какой другой болѣзни.

Если у грудного ребенка сифилисъ несомнѣненъ, то является вопросъ, наслѣдственный ли онъ, или пріобрѣтенный? На основаніи однихъ только симптомовъ вопросъ этотъ не всегда можетъ быть рѣшенъ, такъ какъ иногда, особенно если сифилисъ проявляется поздно, напр., на третьемъ мѣсяцѣ, припадки наслѣдственнаго сифилиса, именно различнаго рода сыпи, могутъ быть тѣ же, что и при пріобрѣтенномъ. Въ пользу наслѣдственнаго происхожденія болѣзни говорятъ сифилитическій насморкъ, желтоватая блѣдность лица, себоррея надбровныхъ областей, лоснящіяся подошвы, пемфигусъ и эпифизарныя измѣненія, а противъ него и за пріобрѣтенный сифилисъ — распространенная гиперплязія лимфатическихъ железъ.

Существенное значеніе для рѣшенія даннаго вопроса имѣютъ далѣе время появленія первыхъ симптомовъ сифилиса и анамнезъ.

Если начало болѣзни приходится на первые три мѣсяца жизни, то наслѣдственность сифилиса болѣе чѣмъ вѣроятна и чѣмъ раньше онъ появился, тѣмъ вѣроятнѣе, и наоборотъ, чѣмъ ближе къ концу

года заболѣлъ ребенокъ, тѣмъ больше шансовъ въ пользу внѣутробнаго зараженія ребенка.

Что касается до анамнеза, то тутъ важно выяснить вопросъ о томъ, не было ли сифилиса у кого-либо изъ родителей и если было, то когда именно? Здѣсь могутъ быть два случая; кто-нибудь изъ родителей имѣлъ сифилисъ до беременности матери даннымъ ребенкомъ или мать заразилась во время беременности.

Можетъ ли ребенокъ въ послѣднемъ случаѣ получить врожденный сифилисъ, составляетъ вопросъ спорный. Такіе авторитетные люди, какъ Bärensprung и Kassowitz, отрицаютъ возможность передачи сифилитическаго яда черезъ плацентарное кровообращеніе, хотя теоретически это вполнѣ возможно; другіе, напротивъ, нисколько не колеблясь, рѣшаютъ этотъ вопросъ въ утвердительномъ смыслѣ и говорятъ, что ребенокъ родится здоровымъ лишь въ томъ случаѣ, если мать заразилась во второй половинѣ беременности. Несомнѣнно только одно, что мать, заразившаяся въ первые мѣсяцы беременности нерѣдко выкидываетъ или ребенокъ родится недоношеннымъ и не жизнеспособнымъ, но такъ какъ никакихъ патологоанатомическихъ измѣненій, спеціально свойственныхъ сифилису, при вскрытіи такихъ недоносковъ не встрѣчается, то и нельзя утверждать, что плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ отъ зараженія сифилисомъ. А потому если въ анамнезѣ значится, что мать заразилась сифилисомъ во время беременности, а отецъ остался и былъ здоровымъ, ребенокъ родился во-время и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ или недѣль заболѣлъ сифилисомъ, то можно думать, что онъ заразился не путемъ плацентарнаго кровообращенія, т.-е. что у него не наслѣдственный сифилисъ, а пріобрѣтенный во время или послѣ родовъ.

Если родители были больны до зачатія, то спрашивается, какъ долго продолжается способность сифилиса передаваться потомству?

Рѣшеніе этого вопроса стоитъ въ зависимости отъ того, былъ ли предоставленъ сифилисъ своему естественному теченію, или больной подвергался ртутному лѣченію.

Въ первомъ случаѣ можно сказать опредѣленно, что способность къ передачѣ сифилиса потомству начинается съ момента появленія первыхъ общихъ симптомовъ и продолжается въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, постепенно ослабѣвая.

Этотъ законъ *постепеннаго произвольнаго ослабленія силы наслѣдственной передачи сифилиса* выражается въ томъ, что дѣти, родящіяся отъ сифилитическихъ родителей, поражаются сифилисомъ

тѣмъ болѣе въ легкой степени, чѣмъ позднѣе они родятся, т.-е. чѣмъ больше прошло времени отъ момента зараженія родителей. Въ первые 2—3 года, напр., наблюдаются выкидыши или родятся недоноски и мертвые плоды, позднѣе беременность хотя и доходитъ до нормальнаго срока, но дѣти родятся уже съ видимыми проявленіями сифилиса на кожѣ, обыкновенно въ видѣ pemphigus'а или получаютъ его въ первые дни жизни; у слѣдующихъ дѣтей сифилисъ проявляется все позднѣе и позднѣе и притомъ въ болѣе легкихъ формахъ.

Такимъ образомъ продолжительность всего періода наслѣдственной передачи тянется среднимъ числомъ отъ 5 до 12 лѣтъ, но иногда и дольше. Отсюда слѣдуетъ, что если врачъ, имѣя дѣло съ сифилитическимъ ребенкомъ, можетъ добыть изъ анамнеза указанія на законъ постепеннаго ослабленія сифилиса, то это будетъ служить доказательствомъ того, что въ данномъ случаѣ сифилисъ у ребенка наслѣдственный; если-же всѣ старшія дѣти свободны отъ сифилиса, а у послѣдняго сифилисъ проявился поздно, послѣ рожденія предпослѣдняго ребенка родители ртутью не лѣчились, то вѣроятнѣе, что сифилисъ у ребенка пріобрѣтенный (такъ какъ въ случаѣ свѣжаго заболѣванія родителей послѣдовалъ-бы выкидышъ или, по крайней мѣрѣ, ребенокъ былъ-бы недоношенъ и заболѣлъ-бы тяжелыми припадками сифилиса въ первые дни или недѣли жизни).

Совсѣмъ другое дѣло, если виновный изъ родителей лѣчился ртутью; тутъ законъ постепеннаго ослабленія сифилиса не имѣетъ значенія, такъ какъ способность передавать сифилисъ потомству очень хорошо поддается ртутному лѣченію и потому даже и первый ребенокъ, зачатый вскорѣ послѣ проявленія общаго сифилиса у родителей, подвергнутыхъ специфическому лѣченію, можетъ родиться или совсѣмъ здоровымъ, или заболѣваетъ сифилисомъ поздно и легко.

На способность сифилиса передаваться потомству слѣдуетъ смотрѣть, какъ на одинъ изъ симптомовъ общаго сифилиса, отличающагося отъ другихъ симптомовъ, во-1-хъ, своимъ постоянствомъ, т.-е. что продолжается и въ скрытомъ періодѣ болѣзни при полномъ отсутствіи другихъ симптомовъ, и, во-2-хъ, своей самостоятельностью, т.-е. что симптомъ этотъ исчезаетъ, хотя другіе симптомы продолжаютъ появляться, такъ что рожденіе здоровыхъ дѣтей отнюдь еще не доказываетъ, что родители совсѣмъ выздоровѣли отъ своего сифилиса.

Сходство этого симптома съ другими состоитъ не только въ томъ, что онъ хорошо уступаетъ ртутному лѣченію, но и въ томъ, что

онъ способенъ къ возвратамъ, такъ что послѣ рожденія одного или нѣсколькихъ здоровыхъ дѣтей вдругъ снова появляются или выкидыши, или сифилитики. Итакъ, необходимо справляться о здоровьѣ родителей не за послѣднее время передъ рожденіемъ даннаго ребенка, а, по крайней мѣрѣ, лѣтъ за 10—12, при чемъ хорошее здоровье старшихъ дѣтей можетъ говорить противъ врожденнаго сифилиса у послѣдняго только въ томъ случаѣ, если родители не лѣчились ртутью и отъ предпослѣднихъ родовъ прошло не болѣе 2—3 лѣтъ.

Лихорадочныя болѣзни.

Если измѣреніе температуры показываетъ у больного подъ мышкой болѣе 37,5° Ц., то значитъ у больного лихорадочное состояніе, но изъ этого нельзя сдѣлать никакого заключенія, кромѣ того только, что онъ нездоровъ. Степень повышенія температуры сама по себѣ тоже не выясняетъ дѣла и, руководствуясь однимъ лишь термометромъ, нельзя судить даже и о томъ, опасно ли заболѣлъ ребенокъ или нѣтъ, такъ какъ есть много легкихъ, вовсе не опасныхъ и не продолжительныхъ болѣзней, начинающихся у дѣтей сразу сильнымъ жаромъ, и наоборотъ — нерѣдко случается видѣть очень умѣренную лихорадку въ началѣ самыхъ опасныхъ болѣзней, каковы: напр., туберкулезный менингитъ, дифтеритъ и др.

Тѣмъ не менѣе, мы считаемъ измѣреніе температуры весьма важнымъ пособіемъ, какъ для діагностики, такъ и для предсказанія, но только при условіи методическаго измѣренія, по крайней мѣрѣ два раза въ день, и при оцѣнкѣ полученныхъ результатовъ въ связи съ другими припадками.

Узнать причину лихорадки въ самомъ началѣ заболѣванія не всегда возможно, такъ какъ не всѣ болѣзни выясняются на первый же день; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ діагностика не представляетъ никакихъ затрудненій.

Первый вопросъ, требующій рѣшенія у всякаго лихорадящаго больного, состоитъ въ томъ: зависитъ ли повышеніе температуры въ данномъ случаѣ отъ какого-нибудь мѣстнаго заболѣванія, или же отъ общаго страданія организма, каковы: напр., тифъ, скарлатина и т. п.

Понятно, что рѣшить этотъ вопросъ мы можемъ только посредствомъ самаго подробнаго объективнаго изслѣдованія больного съ цѣлью найти у него какое-либо мѣстное страданіе, которымъ можно бы было объяснить лихорадку, или наоборотъ, чтобъ имѣть право сказать, что мѣстной болѣзни въ данномъ случаѣ нѣтъ и что здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ общимъ заболѣваніемъ организма.

Приступая къ изслѣдованію лихорадящаго больного, прежде всего надо его раздѣть и осмотрѣть всю поверхность тѣла. Во многихъ случаяхъ этого бываетъ вполнѣ достаточно, чтобъ узнать причину лихорадки на первый же день болѣзни. Сыпи, встрѣчающіяся при лихорадочныхъ болѣзняхъ, не сами производятъ повышеніе температуры, но онѣ играютъ роль ярлыка съ надписью: причина лихорадки — такая-то. Это мы имѣемъ, напр., при всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ экзантемахъ, каковы: корь, оспа и др., а также и при другихъ болѣзняхъ кожи (или проявляющихся на кожѣ), отличающихся отъ первыхъ своей незаразительностью и еще тѣмъ, что сыпь, выясняющая болѣзнь (ярлыкъ), появляется при нихъ уже на первый день заболѣванія, тогда какъ при заразныхъ экзантемахъ только на 2-й (скарлатина) или еще позднѣе (корь, оспа).

Лихорадочныхъ болѣзней кожи въ дѣтскомъ возрастѣ не много; сюда относятся во 1-хъ, различныя воспаленія, каковы: рожа, флегмона и чирья, о которыхъ нечего распространяться, такъ какъ они характеризуются такими рѣзкими припадками, что ихъ трудно не замѣтить и нельзя не узнать. Во 2-хъ, разныя сыпи, именно: крапивница (urticaria), узловатая эритема (erythema nodosum), eryth. multiforme и purpura.

Urticaria характеризуется быстро появляющимися и столь же быстро исчезающими (мѣняющими мѣсто) бѣлыми волдырями, какъ будто отъ ожога крапивой. Сыпь занимамаетъ или отдѣльныя мѣста, или все тѣло, и сильно зудитъ. Въ діагностическомъ отношеніи интересна мелкая кропивная сыпь лица, по своей величинѣ и красноватому цвѣту весьма похожая на корь. При осмотрѣ всей поверхности кожи, дѣло выясняется очень скоро, такъ какъ кропивная сыпь едва ли когда-нибудь ограничивается лицомъ, обыкновенно же распространяется на ноги и на туловище, гдѣ появляется въ видѣ обыкновенныхъ бѣловатыхъ волдырей. Кромѣ того, при крапивницѣ всегда бываетъ зудъ, отсутствующій при кори. Такъ какъ urticaria часто присоединяется къ другимъ болѣзнямъ, напр., къ тифу, скарлатинѣ, кори, то понятно, что считать ее причиной

лихорадки можно лишь въ томъ случаѣ, если она поражаетъ ребенка, въ прочихъ отношеніяхъ здороваго и если лихорадка, появившись вмѣстѣ съ сыпью, съ ней же вмѣстѣ и исчезаетъ.

Гораздо легче не узнать *узловатую эритему* и erythem. polimorfum (см. болѣзни кожи стр. 356); тамъ же было говорено и о пурпурѣ (стр. 357).

Весьма важныя услуги для діагностики лихорадочнаго состоянія оказываетъ также *herpes*, характеризующійся высыпаніемъ группы тѣсно сидящихъ пузырьковъ, величиной въ головку булавки, съ прозрачнымъ содержимымъ. Любимымъ мѣстомъ herpes'а бываютъ губы и носъ. Это само по себѣ ничтожное пораженіе кожи важно потому, что оно встрѣчается далеко не при всякомъ лихорадочномъ состояніи, а только при нѣкоторыхъ излюбленныхъ имъ болѣзняхъ. На первомъ мѣстѣ надо поставить *простудную лихорадку* — fièvre herpétique французскихъ авторовъ, отличающуюся циклическимъ теченіемъ и вѣроятно относящуюся къ числу инфекціонныхъ болѣзней. Discroizille (Rev. mens. des mal. de. l'enf. 1884) описалъ цѣлую эпидемію такой герпетической лихорадки. Болѣзнь начинается быстро наступающимъ, значительнымъ жаромъ, который продолжается 3—6—7 дней и кончается кризисомъ, за нѣсколько дней до котораго высыпаетъ herpes на губахъ (лихорадка обметала, по выраженію народа).

Далѣе, herpes особенно часто сопровождаетъ крупозное воспаленіе легкихъ, перемежающуюся лихорадку, эпидемическій цереброспинальный менингитъ и гастрическую лихорадку; наоборотъ, онъ почти никогда не встрѣчается при тифѣ и при туберкулезномъ менингитѣ; въ виду этого въ нѣкоторыхъ сомнительныхъ случаяхъ herpes можетъ имѣть рѣшающее значеніе для діагностики, напр., гастрита отъ тифа или туберкулезнаго менингита.

Далѣе, путемъ осмотра, мы можемъ открыть на первый же день заболѣванія причину лихорадки въ *остромъ припуханіи лимфатическихъ железъ шеи*. Я не имѣю здѣсь въ виду аденитовъ, сопровождающихъ воспалительные процессы сосѣднихъ частей, напр., полости рта, зѣва и проч., гдѣ рѣшающимъ моментомъ являются не железы, а основная болѣзнь, но подразумѣваю *идіопатическое воспаленіе железъ*, лежащихъ сзади верхняго конца грудино-ключично-сосковаго мускула, т.-е. подъ ухомъ и сосцевиднымъ отросткомъ и за угломъ нижней челюсти.

Первичное воспаленіе этихъ железъ, не зависящее ни отъ экцемы головы, ни отъ течи изъ уха, ни отъ костоѣды зубовъ и т. п.,

всего чаще встрѣчалось мнѣ у дѣтей 2—4 лѣтъ, но иногда и у грудныхъ и у болѣе взрослыхъ дѣтей. Въ теченіе первыхъ 7—10 дней болѣзнь протекаетъ въ видѣ остраго аденита: при лихорадочномъ состояніи (выше 39°) сзади мѣста прикрѣпленія сгибателя головы развивается опухоль лимфатич. железъ, достигающая въ первые 3—4 дня величины грецкаго орѣха; она плотно упругой консистенціи, очень болѣзненна при давленіи и покрыта слегка покраснѣвшей, натянутой, но не отечной кожей. Дней черезъ 5—7—10 отъ начала болѣзни лихорадка стихаетъ, а опухоль еще въ теченіе нѣсколькихъ дней остается стаціонарной, а потомъ начинаетъ медленно уменьшаться и черезъ 2—3 недѣли разрѣшается совершенно; исходъ въ нагноеніе всрѣчается гораздо рѣже. Рѣдко также поражаются железы на обѣихъ сторонахъ.

Отъ симптоматической опухоли железъ данная форма аденита отличается тѣмъ, что при ней ни на слизистой оболочкѣ рта, носа и зѣва, ни на кожѣ головы, ни со стороны уха не удается открыть никакихъ воспалительныхъ процессовъ, которыми можно бы было объяснить пораженіе железъ. Этіологія страданія темна, единственный разъ я встрѣтилъ его одновременно у двухъ сестеръ. Такъ какъ аденитъ, о которомъ идетъ рѣчь, въ руководствахъ не описывается, и потому совершенно незнакомъ начинающимъ врачамъ, то они обыкновенно принимаютъ его за parotitis (свинка). Діагностика не трудна, если только обратить вниманіе на *мѣсто,* занимаемое опухолью и на ея *консистенцію.*

Опухоль при *periparotitis epidaemica* занимаетъ какъ разъ область околоушной железы, т.-е. она замѣчается непосредственно подъ ушной сережкой и впереди козелка и распространяется на соотвѣтственную щеку и на верхнюю часть шеи, гдѣ и теряется безъ замѣтныхъ границъ — опухоль же при adenitis idiopathica на лицо не идетъ, а сидитъ сзади угла челюсти, подъ proc. mastoideus и представляетъ довольно рѣзкія границы. Далѣе, при свинкѣ опухоль обусловливается не столько припухлостью самой околоушной железы, сколько *отекомъ* окружающей клѣтчатки, а потому опухоль на ощупь совсѣмъ мягкая, а кожа, покрывающая ее, — блѣдная. Болѣзненность свинки при давленіи замѣчается только на очень ограниченномъ мѣстѣ, именно какъ разъ подъ мѣстомъ прикрѣпленія ушной сережки и тотчасъ впереди козелка, здѣсь же прощупывается и небольшое уплотнѣніе, соотвѣтствующее по своей формѣ околоушной железѣ; при аденитѣ, напротивъ, опухоль болѣзненна на всемъ своемъ протяженіи, она плотна и окружающая клѣтчатка не отечна.

Какъ на менѣе существенный признакъ, можно указать еще на то, что parotitis обыкновенно бываетъ двусторонней и кончается разрѣшеніемъ въ нѣсколько дней.

Въ діагностическомъ отношеніи интересны аномальные случаи свинки, отличающіеся отъ типической заушницы тѣмъ, что первично поражаются не parotis, а gl. submaxillaris. Отечная, мягкая опухоль появляется въ такомъ случаѣ не впереди и ниже уха, а подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти и распространяется не столько на лицо, сколько по боковой поверхности шеи; если, кромѣ submaxillaris, воспаляются и gl. sublingualis, то отекъ распространяется и на переднюю поверхность шеи и на подчелюстную область. Среди отечной опухоли клѣтчатки легко прощупывается припухшая подчелюстная железа, въ видѣ шарообразнаго, мало плотнаго тѣла, слегка болѣзненнаго при давленіи. Эту опухоль можно смѣшать во 1-хъ, съ періоститомъ нижней челюсти, не рѣдко встрѣчающимся у дѣтей при каріозныхъ зубахъ и протекающимъ тоже съ лихорадкой, и во 2-хъ, съ lympho-adenitis acuta.

Periostitis, подобно submaxillitis, выражается болѣзненной припухлостью щеки и отчасти шеи въ области gl. submaxillaris, и отекомъ сосѣдней клѣтчатки; но существенное отличіе въ томъ, что при воспаленіи надкостницы самое болѣзненное мѣсто опухоли ея средина, очень плотной консистенціи и тѣсно соединена съ костью; покровы, покрывающіе опухоль, скоро краснѣютъ и лоснятся. Боль при давленіи при periostitis значительно сильнѣе, чѣмъ при submaxillitis.

Въ началѣ lympho-adenitis можно прощупать отдѣльныя увеличенныя железки, сливающіяся потомъ въ большую, плотную и болѣзненную опухоль.

Въ XXIX томѣ Jahrbuch f. Kinderheilkunde за 1889 г. помѣщена статья Pfeiffer'а подъ заглавіемъ Drüsenfieber. Подъ именемъ железистой лихорадки онъ описываетъ особую инфекціонную болѣзнь, характеризующуюся лихорадочнымъ состояніемъ и болѣзненнымъ припуханіемъ шейныхъ железъ сзади musc. sterno-cl.-mastoideus. Въ легкихъ случаяхъ жаръ кончается въ одинъ день, въ болѣе тяжелыхъ затягивается до 10 дней и въ такомъ случаѣ можно констатировать припуханіе печенки и селезенки; часто бываетъ также боль по средней линіи живота пониже пупка (пораженіе брыжжеечныхъ железъ?). До нагноенія дѣло никогда не доходитъ. Pfeiffer относитъ эту болѣзнь къ разряду инфекціонныхъ, такъ какъ онъ встрѣчалъ ее въ видѣ семейныхъ эпидемій (4 слу-

чая другъ за другомъ въ одной семьѣ). Въ общемъ, эта болѣзнь представляетъ большое сходство съ вышеописанной формой idіопатическаго аденита, съ тою лишь разницей, что Pfeiffer никогда не наблюдалъ исхода въ нагноеніе и что въ его случаяхъ припухали нѣсколько всѣ шейныя железы, а не однѣ только затылочныя, которыя поражаются однако больше другихъ. — Эта разница стушевывается, впрочемъ, добавленіемъ Heubner'а, который наблюдалъ иногда исходъ и въ нагноеніе. Онъ говоритъ только о припуханіи железъ подъ m. st. cl. mastoideus и отмѣчаетъ возможность повторныхъ обостреній, затягивающихъ лихорадочное состояніе недѣли на 3—4. Въ двухъ случаяхъ онъ видѣлъ развитіе послѣдовательнаго нефрита, который можетъ навести врача на ошибочную мысль о бывшей скарлатинѣ.

Причиной лихорадки можетъ быть также и *страданіе ушей*, и притомъ не только воспаленіе средняго уха, но и otitis externa и чирьеобразное воспаленіе наружнаго слухового прохода, легко доступное для діагностики при осмотрѣ уха даже и неспеціалисту, если только онъ не забудетъ обратить свое вниманіе и на уши. Ребенокъ лѣтъ 5 или старше, конечно, самъ укажетъ врачу на свою болѣзнь, такъ какъ острые отиты, ведущіе къ лихорадкѣ, всегда сопровождаются значительной болью въ ухѣ, но у маленькихъ, и въ особенности у грудныхъ, вся болѣзнь выражается только лихорадочнымъ состояніемъ и упорнымъ крикомъ, который прекращается съ появленіемъ течи. Впрочемъ, самостоятельные отиты въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются не часто, такъ что въ этомъ отношеніи гораздо больше діагностическое значеніе принадлежитъ *насморку*, и именно по двумъ причинамъ, во 1-хъ, потому, что симптомъ этотъ часто встрѣчается и во 2-хъ, что при существованіи остраго насморка выборъ приходится дѣлать изъ небольшого числа болѣзней, такъ какъ насморкъ, въ качествѣ начальнаго симптома лихорадочной болѣзни, свойственнъ только слѣдующимъ пяти процессамъ: 1) обыкновенному т. н. простудному насморку, 2) первичному дифтериту носа, 3) гриппу, 4) кори и 5) коклюшу. О діагностикѣ этихъ процессовъ см. болѣзни носа и гриппъ.

Изъ болѣзней рта лихорадку могутъ вызывать слѣдующіе три: stomatitis erythematosa, stom. aphthosa и stomacace. Значеніе ихъ, какъ причинъ повышенія температуры, часто не оцѣнивается по достоинству и потому я съ особеннымъ удареніемъ указываю на то, что у грудныхъ дѣтей даже и такой ничтожный процессъ, какъ

эритематозное воспаленіе рта можетъ вызвать жаръ до 40°. Подробнѣе объ этомъ при болѣзняхъ рта.

Драгоцѣнные результаты для оцѣнки лихорадочнаго состоянія даетъ намъ *изслѣдованіе зѣва,* болѣзни котораго въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются очень часто; въ однихъ случаяхъ онѣ служатъ выраженіемъ мѣстнаго страданія зѣва, а въ другихъ зависятъ отъ общаго заболѣванія организма, преимущественно отъ острыхъ инфекціонныхъ экзантемъ, при которыхъ высыпаніе на кожѣ появляется на нѣсколько часовъ или на цѣлыя сутки позднѣе, чѣмъ высыпаніе на слизистой оболочкѣ зѣва, что и даетъ возможность діагносцировать эти болѣзни еще до появленія характерной сыпи. Такимъ образомъ изслѣдованіе зѣва во многихъ случаяхъ выводитъ врача изъ затрудненія тамъ, гдѣ онъ безъ этого изслѣдованія оставался бы въ недоумѣніи насчетъ причины лихорадки (см. болѣзни зѣва).

Лихорадочныя *болѣзни легкихъ* я пройду молчаніемъ, такъ какъ кашель, учащенное дыханіе и проч. прямо указываютъ врачу, гдѣ нужно искать причину лихорадки. Безъ кашля, но съ лихорадкой и истощеніемъ протекаетъ только медленно развивающійся *плевритическій эксудатъ,* который поэтому и остается иногда неузнаннымъ въ теченіе цѣлыхъ недѣль, не смотря на то, что физикальные его симптомы такъ рѣзки, что его трудно не узнать даже и при поверхностномъ изслѣдованіи груди.

Сравнительно легче просмотрѣть *болѣзни сердца,* такъ какъ онѣ часто протекаютъ безъ явныхъ симптомовъ. Слѣдуетъ помнить, что endocarditis у дѣтей присоединяется не къ одному лишь острому ревматизму, но также и къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ я поставилъ бы скарлатину, потомъ рекуррентъ и корь. Ожесточеніе лихорадки въ періодѣ лизиса или возобновленіе ея въ періодѣ выздоровленія зависитъ обыкновенно отъ какихъ-нибудь осложненій, въ числѣ которыхъ нужно имѣть въ виду и endo — или pericarditis.

Болѣзни желудка и кишекъ, если онѣ вызываютъ лихорадочное состояніе, сопровождаются довольно ясно выраженными симптомами, за исключеніемъ лишь нѣкоторыхъ формъ гастрита, симулирующихъ менингитъ. (См. болѣзни желудка).

Изъ лихорадочныхъ болѣзней мочевыхъ органовъ легко можетъ остаться незамѣченнымъ воспаленіе почекъ, если врачъ не имѣетъ привычки во всѣхъ случаяхъ изслѣдовать и мочу.

Иногда лихорадочное состояніе обусловливается страданіемъ

мышцъ, напр., при ревматизмѣ ихъ или при сильныхъ мышечныхъ боляхъ живота вслѣдствіе гимнастики.

Изъ *болѣзней костей* особенно важное значеніе, какъ по частотѣ появленія, такъ и по своимъ послѣдствіямъ, имѣетъ *воспаленіе позвоночника,* которое иногда остается неузнанной причиной лихорадки не только въ теченіе нѣсколькихъ дней, но даже и цѣлыхъ недѣль, а между тѣмъ узнать его вовсе не трудно, для этого стоитъ только изслѣдовать позвоночникъ и тогда сейчасъ же бросится въ глаза его малая подвижность при сгибаніи и болѣзненность нѣкоторыхъ позвонковъ при давленіи, еще задолго до образованія угловатаго горба.

Итакъ, во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ узнать причину лихорадки не трудно, если только строго держаться правила: *подвергать всякаго лихорадящаго больного строгому и всестороннему объективному изслѣдованію.* Врачъ, который вздумалъ бы ограничиваться осмотромъ только тѣхъ органовъ, на которые указываютъ ему субъективныя жалобы больного или окружающіе, очень часто дѣлалъ бы самые невѣроятные ошибки и недосмотры.

Если на первый или второй день болѣзни не удается найти никакого мѣстнаго страданія для объясненія существующей лихорадки, то все-таки еще нельзя быть увѣреннымъ, что имѣешь дѣло съ лихорадкой безъ всякой локализаціи, т.-е. съ общимъ страданіемъ организма, такъ какъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность *скрытно-протекающей мѣстной болѣзни,* т.-е. что болѣзнь еще не выяснилась. Скрытно протекающія болѣзни довольно разнообразны, такъ какъ въ первые 24 часа не успѣваютъ выясниться очень многіе изъ мѣстныхъ процессовъ, но это не особенно важно, такъ какъ дѣло выясняется все-таки скоро; но нельзя того же сказать про нѣкоторыя формы воспаленія легкихъ и мозговыхъ оболочекъ.

Изъ скрытно протекающихъ пневмоній особенной извѣстностью пользуется *воспаленіе легочныхъ верхушекъ,* не выясняющееся иногда въ теченіе цѣлой недѣли и даже дольше. Я говорилъ о нихъ въ главѣ о пневмоніи (стр. 212), здѣсь же ограничусь замѣчаніемъ, что не всякое лихорадочное состояніе, хотя бы и съ кашлемъ, можетъ дать поводъ подозрѣвать скрытую пневмонію; напротивъ того, въ громадномъ большинствѣ случаевъ задача врача значительно облегчается тѣмъ, что, руководствуясь высотой температуры, онъ можетъ съ полнымъ правомъ исключить начало воспаленія легкаго и именно всегда, какъ только температура не достигаетъ 39,5°, такъ какъ немного найдется болѣзней, которыя

сопровождались бы такими постоянно высокими температурами, какъ крупозная пневмонія и въ особенности при пораженіи верхушекъ, для которой 40° или близкое къ тому можно считать minimum'омъ, а температуры въ 41° и 42°— нерѣдкостью.

Что касается до менингитовъ, то иногда долго не выясняются они у грудныхъ дѣтей; въ теченіе цѣлой недѣли и больше у ребенка бываетъ ежедневная рвота и онъ много плачетъ. Въ виду отсутствія другихъ мозговыхъ симптомовъ, врачъ предполагаетъ у него диспепсію и вдругъ появляются судороги, спячка и проч.

Если врачъ исключилъ всѣ мѣстныя болѣзни и пришелъ къ заключенію, что имѣетъ дѣло съ общей болѣзнью, то онъ еще все-таки далекъ отъ точной діагностики; у дѣтей нерѣдко встрѣчаются лихорадочныя болѣзни неизвѣстнаго происхожденія, которыя вначалѣ симулируютъ какое-нибудь серьезное заболѣваніе, но дня черезъ 2—3 кончаются полнымъ выздоровленіемъ и вотъ, пока не пройдетъ этотъ срокъ, позволяющій исключить различныя эфемерныя и простудныя лихорадки, врачъ не въ состояніи поставить точной діагностики, а, стало быть, не можетъ быть рѣчи и о предсказаніи.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что діагностика лихорадочной болѣзни на первый день заболѣванія возможна далеко не всегда, именно только въ случаяхъ лихорадки, зависящей отъ мѣстной болѣзни, или при общемъ страданіи, когда есть „ярлыкъ" (herpes, насморкъ и пр.). Во всѣхъ другихъ случаяхъ приходится ждать дня 2—4 и если тогда окончательно выяснится, что въ данномъ случаѣ нѣтъ ни скрытно протекающей мѣстной болѣзни, ни простудной лихорадки и нѣтъ поводовъ подозрѣвать запоздалое высыпаніе сыпи, то не остается ничего болѣе предположить, какъ общую инфекціонную болѣзнь безъ ясно выраженныхъ мѣстныхъ локализацій, каковы: различныя формы тифа (брюшной, сыпной, возвратный), интермиттентъ, туберкулезъ и піэмія.

Большія затрудненія для діагностики представляютъ иногда случаи *затяжной лихорадки,* продолжающейся много недѣль отъ незамѣтной причины. Относительно хода температуры подобныя лихорадки могутъ представлять большое разнообразіе, приближаясь по типу то къ f. continua remittens, то къ intermittens, то къ recurrens, но чаще всего онѣ бываютъ совсѣмъ неправильными.

Причины подобныхъ „хроническихъ" лихорадокъ иногда довольно трудно опредѣлить. Такъ какъ, въ большинствѣ случаевъ, предполагается застарѣлая и потому неправильная болотная лихорадка, это о діагностикѣ подобныхъ формъ мы будемъ говорить въ главѣ о послѣдней.

Острыя лихорадочныя болѣзни безъ рѣзко выраженныхъ локализацій.

1. Болѣзни, характеризующіяся лихорадкой постояннаго или послабляющаго типа.

Брюшной тифъ.

Брюшной тифъ въ дѣтскомъ возрастѣ характеризуется тѣми же симптомами, что и у взрослыхъ, но отличается сравнительно болѣе легкимъ теченіемъ. Діагностика тифа въ большинствѣ случаевъ не трудна; основными симптомами считаются: типическій ходъ лихорадки (продолжительность и теченіе ея), свѣжая опухоль селезенки и тифозная розеоля. Нѣсколько меньшее значеніе имѣютъ явленія со стороны органовъ пищеваренія, бронхитъ, симптомы пораженія нервной системы и общій habitus больного.

Изъ всѣхъ основныхъ симптомовъ тифа самымъ важнымъ для распознаванія его нужно считать *лихорадку,* которая въ противоположность всѣмъ другимъ симптомамъ при тифѣ никогда не отсутствуетъ и въ большинствѣ случаевъ отличается такой правильностью въ смыслѣ теченія и продолжительности, что нерѣдко дѣлаетъ возможной правильную діагностику тифа даже и при отсутствіи многихъ другихъ, характерныхъ для него, припадковъ.

Началу лихорадочнаго періода тифа предшествуютъ обыкновенно въ теченіе нѣсколькихъ дней неопредѣленные припадки общаго недомоганія, въ видѣ потери аппетита, вялости, непокойнаго сна и т. п., такъ что трудно бываетъ сказать, съ какого именно дня заболѣлъ ребенокъ; счетъ дней болѣзни начинаютъ обыкновенно съ перваго дня лихорадочнаго состоянія. Можно принять за правило, что брюшной тифъ никогда не начинается ясно замѣтнымъ знобомъ и сильнымъ жаромъ, а обыкновенно легкимъ познабливаніемъ при небольшомъ повышеніи температуры; въ теченіе первыхъ 3—5 дней лихорадка прогрессивно, но постепенно усиливается, дѣлая послабленія по утрамъ и ожесточаясь къ 5—6 часамъ вечера, пока не достигнетъ своей acme, приблизительно въ 40^0. Если 40^0 получается ужъ на первый день или если въ теченіе первой недѣли вечерняя температура ни разу не поднималась до 39,6, то одинаково невѣроятно, что у больного тифъ.

Такое *постепенное усиленіе лихорадки въ началѣ заболѣванія составляетъ характерную особенность брюшного тифа* (за исключеніемъ нѣкоторыхъ абортивныхъ формъ его), *отличающую его въ этомъ періодѣ отъ многихъ острыхъ болѣзней и въ особенности отъ сходныхъ съ нимъ сыпного и возвратнаго тифовъ.*

Достигнувъ въ концѣ 1-й недѣли своей acme (приблизительно 40°), лихорадка остается на нѣсколько дней на достигнутой высотѣ, дѣлая послабленія утромъ и повышенія подъ вечеръ, при чемъ разница между низкими и высокими температурами въ теченіе дня можетъ колебаться отъ 0,5 до 1,5°. Подобныя колебанія для тифозной кривой почти обязательны, такъ что если въ теченіе первыхъ двухъ недѣль болѣзни разница между минимальной утренней и максимальной вечерней температурами меньше 0,5 или если по утрамъ t даже выше, чѣмъ вечеромъ, то діагностика брюшного тифа дѣлается сомнительной.

Для діагностики тифа имѣетъ значеніе и то, что лихорадка при немъ не проявляетъ наклонности къ быстрымъ и значительнымъ, ничѣмъ не мотивированнымъ колебаніямъ въ ту и другую сторону, какъ это часто случается, напр., при гриппѣ и туберкулезѣ. Но зато подъ вліяніемъ сильныхъ жаропонижающихъ значительныя колебанія температуры при тифѣ наступаютъ можетъ быть даже легче, чѣмъ при другихъ горячкахъ.

Съ половины второй или съ начала третьей недѣли (первое бываетъ чаще) замѣчается болѣе глубокое паденіе утреннихъ температуръ, какъ выраженіе начала *лизиса,* которымъ кончается обыкновенно брюшной тифъ въ концѣ 3-й или въ теченіе 4-й недѣли. Кризисъ въ 24—36 часовъ говоритъ противъ типическаго брюшного тифа; такое окончаніе болѣе свойственно сыпному и абортивному тифу.

Вторымъ весьма важнымъ для діагностики тифа симптомомъ я считаю *опухоль селезенки,* если только можно доказать, что она свѣжаго происхожденія (см. объ опухоляхъ селезенки, стр. 152). Къ сожалѣнію, симптомъ этотъ не принадлежитъ къ числу постоянныхъ спутниковъ тифа (въ 10% опухоль селезенки совсѣмъ не можетъ быть констатирована, а прощупать ее удается въ 40—50%). Если бы опухоль селезенки при тифѣ встрѣчалась также обязательно, какъ и лихорадка, то я убѣжденъ, что смѣшеніе тифа съ менингитомъ и съ туберкулезомъ встрѣчалось бы гораздо рѣже, чѣмъ это случается теперь. Въ большинствѣ случаевъ опухоль селезенки при тифѣ является отъ 4-го до 6-го дня, но иногда и раньше.

Третій кардинальный симптомъ — *тифозная розеоля,* имѣетъ для діагностики тифа еще большее значеніе, нежели опухоль селезенки, но зато и отсутствуетъ она чаще. Сыпь эта, состоящая изъ блѣдно-розовыхъ, слегка возвышенныхъ пятнышекъ, величиной съ булавочную головку, исчезающихъ отъ давленія пальцемъ, всего чаще появляется на спинѣ, животѣ и груди и рѣдко на конечностяхъ. Высыпь обыкновенно не обильна; нерѣдко удается насчитать штукъ 10 пятнышекъ. Появляется она отъ 7-го до 11-го дня.

Со стороны органовъ пищеваренія для діагностики тифа могутъ имѣть значеніе измѣненіе языка (стр. 55), отсутствіе начальной рвоты (по крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ), урчаніе и болѣзненность при давленіи въ области слѣпой кишки (съ конца первой недѣли), умѣренный поносъ (въ началѣ болѣзни обыкновеннѣе запоръ, съ конца 1-й недѣли поносъ) и небольшой метеоризмъ (въ отличіе отъ сходныхъ съ тифомъ случаевъ туберкулезнаго менингита).

Симптомы со стороны *нервной системы*, подобно предыдущимъ, могутъ тоже отсутствовать, особенно при тифѣ у дѣтей до 5 лѣтъ; въ другихъ случаяхъ они мало характерны и состоятъ только въ головной боли, общей слабости и бредѣ по ночамъ; наконецъ въ третьемъ ряду случаевъ они представляются въ такомъ же видѣ, какъ и у взрослыхъ, и придаютъ особый отпечатокъ habitus'у тифознаго больного: покраснѣвшее, слегка одутловатое лицо, инъецированные глаза, сонливое, безучастное выраженіе, суховатый, узкій, на кончикѣ красный языкъ и положеніе на спинѣ — вотъ обычный видъ больного при тифѣ средней силы. Въ тяжелыхъ случаяхъ лицо дѣлается блѣднымъ и выражаетъ большую слабость. Вообще говоря, по лицу можно судить о состояніи силъ больного.

Относительно *пульса* замѣтимъ, что когда дѣло идетъ о дифференціальной діагностикѣ тифа отъ туберкулезнаго менингита, надо помнить, что при тифѣ у дѣтей старше 5 лѣтъ пульсъ бываетъ обыкновенно сравнительно съ температурой нѣсколько замедленъ; при 39^0, напримѣръ, онъ держится около 90—100 ударовъ. Чѣмъ старше ребенокъ, тѣмъ рельефнѣе выступаетъ это вліяніе тифознаго яда на сердце; больше значенія, какъ симптомъ, говорящій противъ тифа и за менингитъ, имѣетъ *неправильность* пульса; но самъ по себѣ неправильный и замедленный пульсъ еще не исключаетъ тифа, такъ какъ иногда встрѣчается и при немъ; только въ связи съ другими симптомами онъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе.

По степени развитія нервныхъ симптомовъ и по продолжитель-

ности лихорадочнаго періода различаютъ легкія, абортивныя, среднія и тяжелыя формы тифа.

Продолжительность случаевъ средней силы колеблется отъ $2^1/_2$ до $3^1/_2$ недѣль; если лихорадочное состояніе затягивается долѣе 4-хъ недѣль, то это указываетъ или на какое-нибудь осложненіе (всего чаще бронхитъ и гипостатическая пнеймонія), или на ошибку въ діагностикѣ (лихорадка при туберкулезѣ можетъ быть очень похожа на тифозную, но отличается отъ нея неопредѣленной продолжительностью). При неосложненномъ тифѣ лихорадочное состояніе въ теченіе третьей недѣли обязательно должно стоять ниже, чѣмъ было на второй, въ противномъ случаѣ, существованіе тифа дѣлается очень сомнительнымъ.

Легкій тифъ отличается отъ предыдущаго не столько продолжительностью (онъ можетъ тянуться даже и дольше 3-хъ недѣль), сколько доброкачественностью лихорадки (хорошее состояніе силъ, бодрый общій видъ больного, покойный сонъ, отсутствіе бреда). Если тифъ протекаетъ съ рѣзко выраженными нервными явленіями, но оканчивается почти критически раньше $2^1/_2$ недѣль, то такія формы называются абортивными — typhus abortivus, а если случай тифа и кончается раньше срока и протекаетъ легко, то это будетъ легкій абортивный тифъ — t. laevis abortivus.

Тяжелыя формы тифа характеризуются, главнымъ образомъ, рѣзко выраженнымъ пораженіемъ сознанія и упадкомъ силъ, при чемъ наблюдаются: 1) температура въ разгарѣ болѣзни даже и по утрамъ подымается до 40°; 2) очень сухой или фулигинозный языкъ и зубы; 3) блѣдное лицо; 4) безсознательное испражненіе кала и мочи; 5) сильный бредъ днемъ и ночью и сведеніе затылка; 6) очень частый, слабый пульсъ и другія явленія, указывающія на упадокъ дѣятельности сердца, каковы, напр.: похолоданіе конечностей, легкій ціанозъ, гипостазы въ легкихъ; 7) различныя осложненія со стороны груди, живота и нервной системы.

Что касается до *дифференціальной діагностики брюшного тифа*, то въ началѣ своемъ онъ не представляетъ никакихъ особенныхъ, одному лишь ему свойственныхъ симптомовъ, и потому узнать тифъ на первой недѣлѣ очень трудно. Въ это время приходится итти путемъ исключенія и прежде всего рѣшить вопросъ, не зависитъ ли лихорадка отъ какого-нибудь мѣстнаго процесса, какъ объ этомъ было ужъ говорено въ предыдущей главѣ. Если этотъ вопросъ получитъ отрицательный отвѣтъ, то останется разобрать, съ какой же изъ общихъ лихорадочныхъ болѣзней имѣется дѣло? Исключить послѣ

3-го дня всѣ острыя инфекціонныя экзантемы конечно легко, но не трудно принять за тифъ различныя легкія формы лихорадочнаго состоянія, продолжающагося всего нѣсколько дней и зависящаго отъ разнообразныхъ причинъ; сюда относятся, напр.: гастрическая, герпетическая и простудная лихорадки, о діагностикѣ которыхъ я говорилъ въ главѣ о семіотикѣ лихорадки. Сюда же относятся и нѣкоторые случаи гриппа, именно та форма его, которая протекаетъ безъ катарровъ и выражается только симптомами общаго заболѣванія, т.-е. быстро наступающимъ жаромъ, общей слабостью, головной болью и болями въ поясницѣ и ногахъ; иногда вначалѣ бываетъ рвота. Подобную форму гриппа мы имѣли, напр., осенью 1889 года въ видѣ очень интенсивной эпидеміи. Діагностика представляла затрудненія только въ началѣ эпидеміи, но потомъ, когда выяснилось, что всѣ заболѣвающіе выздоравливаютъ въ 3—4 дня, то сомнѣнія насчетъ возможности тифа исчезли, и правильное распознаваніе гриппа въ разгарѣ эпидеміи сдѣлалось доступнымъ и неврачамъ, до такой степени всѣ случаи были похожи другъ на друга въ своихъ главныхъ чертахъ.

Затрудненія увеличиваются еще и тѣмъ, что брюшной тифъ въ легкихъ своихъ формахъ кончается выздоровленіемъ въ нѣсколько дней и можетъ быть узнанъ только въ виду извѣстныхъ этіологическихъ моментовъ, напр., домовой эпидеміи, такъ что въ спорадическомъ случаѣ діагностика не можетъ итти далѣе предположенія какой-то инфекціи.

Если въ началѣ тифа утреннія ремиссіи доходятъ до полныхъ интермиссій и въ такомъ случаѣ около 12—2 часовъ дня ребенокъ начинаетъ зябнуть, а къ вечеру съ нимъ дѣлается жаръ, то получается картина, очень похожая на интермиттентъ, въ особенности, если притомъ припухаетъ и селезенка. Разница состоитъ однако въ томъ, что при тифѣ экзацербаціи приходятся на вечеръ, тогда какъ при f. intermit. обыкновенно на утро или полдень; во-вторыхъ, въ томъ, что въ первые дни тифа температура не подымается выше 38°—39,5°, а при пароксизмѣ болотной лихорадки она обыкновенно выше 40°; въ-третьихъ, наконецъ, въ томъ, что среднія дозы хинина, не оказывающія вліянія на тифозную лихорадку, прерываютъ f. intermittens.

На 2-й недѣлѣ діагностика тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ легка, особенно если больной находится подъ наблюденіемъ врача уже нѣсколько дней; кривая температуры, свѣжая опухоль селезенки, roseola и характерный habitus прямо указы-

ваютъ врачу, съ чѣмъ онъ имѣетъ дѣло. Такъ какъ въ это время легко исключить острыя сыпныя горячки, а также всѣ мѣстныя болѣзни (такъ какъ онѣ успѣли бы выразиться), то для діагностики достаточно кривой температуры и свѣжей опухоли селезенки.

При такомъ условіи рѣчь можетъ итти только о трехъ процессахъ: брюшномъ и сыпномъ тифахъ, да о возвратной горячкѣ, но послѣдняя легко исключается, такъ какъ первый приступъ ея кончается обыкновенно на 5—7-й день, а до 2-й недѣли затягивается только въ исключительныхъ случаяхъ. Отъ *сыпного тифа* главное отличіе состоитъ въ особенностяхъ сыпи. Хотя отдѣльныя пятнышки roseolae сыпного тифа ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ roseola брюшного, но разница въ слѣдующемъ: 1) *время высыпанія*: при сыпномъ она появляется ужъ на 3-й или 4-й день, рѣдко позднѣе, тогда какъ при брюшномъ всего чаще въ началѣ 2-й недѣли до 11 дня; 2) *быстрота высыпанія*—при первомъ roseola появляется сразу въ большомъ количествѣ, а при второмъ она высыпаетъ постепенно въ теченіе 2—4 дней и въ концѣ концовъ остается все-таки скудной; 3) *обиліе сыпи и ея распространенность*: при сыпномъ тифѣ сыпь въ большинствѣ случаевъ очень обильна и занимаетъ не только туловище, но и конечности, а иногда даже и лицо; при брюшномъ—сыпь только на туловищѣ и нерѣдко въ ничтожномъ количествѣ.

Дальнѣйшее отличіе мы имѣемъ въ *лихорадкѣ*, которая при сыпномъ тифѣ, въ отличіе отъ брюшного, характеризуется быстрымъ началомъ, вслѣдствіе чего нерѣдко бываетъ *знобъ*, за которымъ слѣдуетъ значительный жаръ, такъ что ужъ на 1-й вечеръ, много на 2-й, температура достигаетъ 40° и больше. Maximum часто приходится на вечеръ 2-го или 3-го дня; окончаніе совершается *кризисомъ*. Продолжительность сыпного тифа въ 11—14 дней. Со стороны другихъ припадковъ—опухоль селезенки, нервные симптомы, сухой языкъ, бронхитъ—замѣтной разницы между этими двумя тифами нѣтъ. Аномальныя формы сыпного тифа, протекающія безъ сыпи, со стороны симптомовъ ничѣмъ не отличаются отъ абортивнаго брюшного тифа, которому тоже свойственно быстрое начало и критическое окончаніе, а потому точная діагностика абортивныхъ тифовъ возможна только въ тѣхъ случаяхъ, когда извѣстенъ источникъ зараженія.

Итакъ, діагностика типическихъ, правильно протекающихъ случаевъ тифа легка, но нѣкоторыя изъ осложненій или неправильности въ смыслѣ чрезмѣрнаго развитія однихъ симптомовъ въ ущербъ

другимъ или появленіе какихъ-либо симптомовъ, не свойственныхъ тифу, могутъ такъ запутать дѣло, что врачъ въ теченіе многихъ дней будетъ въ непріятномъ состояніи полной нерѣшительности.

Наибольшія затрудненія представляетъ подчасъ *діагностика тифа отъ остраго миліарнаго туберкулеза,* но объ этомъ мы будемъ говорить въ одной изъ слѣдующихъ главъ, здѣсь же скажемъ только о *діагностикѣ тифа отъ туберкулезнаго менингита,* которая въ типическихъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій и если, тѣмъ не менѣе, молодые врачи принимаютъ иногда туберкулезный менингитъ за тифъ, то это можно объяснить только тѣмъ, что дѣтскія клиники, если гдѣ и существуютъ, то онѣ очень малы, а въ клиникахъ для взрослыхъ студенты совсѣмъ не видятъ менингита, тогда какъ тифъ проходитъ передъ ихъ глазами постоянно и потому они считаютъ туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, сравнительно съ тифомъ, за большую рѣдкость и въ своей частной практикѣ совсѣмъ забываютъ объ его существованіи, а между тѣмъ въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно у маленькихъ дѣтей, meningitis tuberculosa встрѣчается даже чаще тифа, такъ что West прямо говоритъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ можно руководствоваться возрастомъ ребенка: если ему нѣтъ двухъ лѣтъ, то вѣроятнѣе менингитъ, а если онъ старше — тифъ.

Самые важные отличительные признаки типическихъ случаевъ туберкулезнаго менингита состоятъ въ слѣдующемъ: онъ протекаетъ почти *безъ лихорадки* и *всегда начинается рвотой,* упорно повторяющейся нѣсколько дней подъ рядъ, чего при тифѣ никогда не бываетъ; *головная боль* болѣе или менѣе сильная съ перваго дня продолжается до періода потемнѣнія сознанія. Если эти два симптома, т.-е. головная боль и рвота выражены рѣзко, если, напр., головная боль такъ сильна, что заставляетъ больного по временамъ вскрикивать, хвататься за голову, метаться, а рвота повторяется послѣ каждаго питья, пріема лѣкарства или просто при перемѣнѣ положенія больного, въ теченіе 3 — 4 дней, то о тифѣ нечего и думать.

Къ концу первой недѣли туберкулезный менингитъ выясняется еще больше: ребенокъ становится *сонливъ, пульсъ* его *замедляется* и дѣлается *неправильнымъ,* животъ вваливается или, по крайней мѣрѣ, уплощается (тогда какъ при тифѣ онъ начинаетъ вздуваться уже на 3—4-й день), взглядъ дѣлается неподвижнымъ и т. д.

Но, кромѣ этихъ, такъ сказать, правильныхъ случаевъ, встрѣчаются и другіе, въ которыхъ діагностика между тифомъ и острой головной водянкой колеблется въ теченіе нѣсколькихъ дней. Болѣе

частая ошибка состоитъ въ томъ, что туберкулезный менингитъ принимается за тифъ (потому что первому болѣе свойственны отклоненія отъ нормы), но иногда и наоборотъ. Возможность ошибки объясняется тѣмъ, что въ началѣ менингита рвота не всегда бываетъ упорной, а одно- или двукратная рвота можетъ встрѣтиться и въ началѣ тифа; далѣе при тифѣ нерѣдко замѣчается апатія и сонливость, подъ вліяніемъ наркотическаго дѣйствія яда, и относительно замедленный и даже неправильный пульсъ (рѣдко!) и запоръ, а съ другой стороны и при менингитѣ не особенно рѣдко встрѣчаются температуры выше 39° при отсутствіи неправильности пульса.

Но въ такихъ, сравнительно простыхъ случаяхъ, сомнѣніе продолжается не долго, да и то лишь въ томъ только случаѣ, если нѣтъ опухоли селезенки и розеолы. Въ скоромъ времени, дня черезъ два, напримѣръ, діагностика выясняется, такъ какъ при тифѣ мозговые симптомы не развиваются далѣе, т.-е. къ нимъ не присоединяются новые мозговые симптомы, между тѣмъ какъ туберкулезный менингитъ съ каждымъ днемъ прогрессируетъ.

Гораздо болѣе затрудненій представляютъ случаи менингита, которые начинаются и въ продолженіе нѣсколькихъ дней (10—14) протекаютъ совершенно, какъ легкій тифъ (т.-е. безъ всякихъ мозговыхъ симптомовъ), даже безъ рвоты и головной боли, но на второй или на 3-й недѣлѣ мало по малу начинаютъ появляться подозрительные припадки, которые съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе выясняютъ развитіе острой головной водянки. Подобные случаи Rilliet и Barthez описываютъ подъ именемъ *тифозной формы туберкулезнаго менингита.* По мнѣнію этихъ авторовъ, здѣсь дѣло начинается съ общаго милліарнаго туберкулеза, къ которому скоро присоединяется пораженіе мозговыхъ оболочекъ, какъ одна изъ локализацій общаго туберкулеза.

По нашему мнѣнію, къ такъ называемой тифозной формѣ менингита относятся двѣ разновидности острой головной водянки; одна изъ нихъ есть дѣйствительно общій миліарный туберкулезъ съ послѣдовательнымъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ, а потому до поры до времени онъ и протекаетъ безъ мозговыхъ симптомовъ (лихорадочный періодъ предвѣстниковъ) и все, что мы скажемъ по поводу отличія тифа отъ остраго или затяжного миліарнаго туберкулеза, относится и къ подобнымъ случаямъ менингита.

Другая разновидность тифозной формы головной водянки есть настоящій тифъ, осложненный въ дальнѣйшемъ теченіи простымъ (не

туберкулезнымъ) серознымъ мененгитомъ. Одинъ подобный случай, подтвержденный вскрытіемъ, описанъ въ первомъ выпускѣ моихъ лекцій объ острыхъ инфекц. болѣзняхъ. Въ обѣихъ разновидностяхъ мозговые симптомы появляются сравнительно поздно, большею частью на второй недѣлѣ отъ начала лихорадки или еще позднѣе, но разница въ томъ, что при первой разновидности во все время лихорадочнаго періода нельзя замѣтить ни опухоли селезенки, ни тифозной розеоли, тогда какъ при второй формѣ оба эти симптома бываютъ на лицо, въ чемъ и состоитъ существенная клиническая разница этихъ двухъ формъ.

Діагностика тифа отъ ульцерознаго эндокардита тоже очень трудна, но это обстоятельство въ практическомъ отношеніи потому не важно, что ульцерозный эндокардитъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается крайне рѣдко. Онъ симулируетъ *тяжелый* тифъ и потому подозрѣвать его можно въ случаѣ, если явленія тяжелаго тифа развиваются у ребенка, страдающаго порокомъ сердца и въ теченіе болѣзни развиваются симптомы эмболіи, напр., внезапная гемиплегія, кровохарканье, петехіи на кожѣ и т. п. Опухоль селезенки наблюдается при язвенномъ эндокардитѣ не менѣе постоянно, чѣмъ при тифѣ; не рѣдкость также и розеоля; значитъ, эти два, вообще очень важные для діагностики тифа, симптома въ данномъ случаѣ не рѣшаютъ дѣла.

Діагностика между тифомъ и острымъ гнойнымъ или церебро-спинальнымъ *менингитомъ* приходится ставить въ случаяхъ самаго тяжелаго тифа (большею частью сыпного), начинающагося безъ предвѣстниковъ и протекающаго съ самаго начала при высокихъ температурахъ и съ значительнымъ пораженіемъ общаго чувствилища. Къ концу 1-й недѣли появляется сведеніе затылка, а иногда и спины, сознаніе исчезаетъ и вообще картина болѣзни напоминаетъ острый менингитъ. Въ пользу тифа въ такихъ случаяхъ всего больше говоритъ свѣжая *опухоль селезенки, отсутствіе* упорной *рвоты* въ началѣ болѣзни и судорогъ и сравнительно *долгая продолжительность* болѣзни. Смерть при тифѣ наступаетъ обыкновенно между 7 и 11-мъ днемъ, тогда какъ при гнойномъ менингитѣ на 3—5-й день, (для церебро-спинальнаго нельзя опредѣлить срока). На первичное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ указываетъ упорная рвота въ первые дни болѣзни, сильнѣйшая головная боль, раннее появленіе (нерѣдко до 3-го дня) судорогъ и потери сознанія и наличность той или другой причины для менингита (ушибъ, инсоляція, течь изъ уха и проч.).

Картина тяжелаго тифа, въ видѣ сильной лихорадки (до 40° и больше) затемненнаго сознанія, фулигинознаго языка, опухоли селезенки, нерѣдко также поноса и кашля, развивается иногда при остромъ воспаленіи костнаго мозга (osteomyelitis acuta); но при этомъ страданіи съ первыхъ же дней появляется сильнѣйшая боль въ пораженной кости (всего чаще въ костяхъ голени или въ бедрѣ, а также опухоль конечности; благодаря этимъ признакамъ діагностика не трудна.

Возвратная горячка.

Febris recurrens, принадлежащая къ числу контагіозныхъ и эпидемическихъ болѣзней, характеризуется своеобразнымъ теченіемъ лихорадки, состоящей изъ двухъ или трехъ приступовъ нѣсколькодневнаго жара, отдѣленныхъ другъ отъ друга періодомъ безлихорадочнаго состоянія въ нѣсколько дней (7—9).

Каждый изъ приступовъ начинается безъ предвѣстниковъ прямо съ быстраго поднятія температуры въ теченіе нѣсколькихъ часовъ градусовъ до 40 и больше; первый приступъ продолжается 5—7 дней, второй 3—5 дней; какъ тотъ, такъ и другой кончается кризисомъ, наступающимъ такъ же быстро, какъ и первоначальное поднятіе (t падаетъ съ 40—41° до нормы въ теченіе нѣсколькихъ часовъ).

Возвраты лихорадочнаго состоянія настолько постоянны при этой болѣзни, что отъ нихъ произошло и названіе ея; они же облегчаютъ и діагностику. Во время перваго приступа рекуррентъ всего легче смѣшать съ тифомъ и именно, въ виду быстраго наступленія жара, съ сыпнымъ или абортивнымъ. Отличія состоятъ въ быстромъ и значительномъ опуханіи селезенки, которая прощупывается нерѣдко ужъ на 2-й день и оказывается при этомъ болѣзненной, и въ сильныхъ мышечныхъ боляхъ (икры, затылокъ); кризисъ при тифѣ никогда не бываетъ такъ значителенъ и быстръ. Въ сомнительныхъ случаяхъ легко выяснить діагностику посредствомъ изслѣдованія крови на спириллы, которыя никогда не отсутствуютъ при рекуррентѣ въ періодѣ жара и представляются подъ микроскопомъ, въ свѣжей каплѣ крови, въ видѣ очень тонкихъ, одноконтурныхъ, волнообразно извитыхъ, постояно двигающихся, темныхъ ниточекъ, длиной въ 3—4 кров. шарика.

Острый миліарный туберкулезъ.

Мы относимъ острый туберкулезъ къ группѣ общихъ инфекціонныхъ болѣзней безъ опредѣленной локализаціи не только потому, что онъ съ клинической стороны представляетъ наибольшее сходство съ инфекціонными болѣзнями этой группы, но еще и потому, что онъ долженъ быть причисленъ сюда въ силу своего патогенеза (бациллярная инфекція) и по производимымъ имъ патолого анатомическимъ измѣненіямъ въ организмѣ. Дѣйствительно объ опредѣленной локализаціи не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ съ одной стороны нѣтъ ни одного органа, который постоянно поражался бы при остромъ миліарномъ туберкулезѣ, а съ другой стороны нѣтъ и такого органа, который во всѣхъ случаяхъ оставался бы пощаженнымъ. Въ однихъ случаяхъ поражаются преимущественно мозговыя оболочки, въ другихъ легкія, еще въ другихъ туберкулезъ является разсѣяннымъ по всему организму, при чемъ обильная высыпь бугорковъ встрѣчается не только въ легкихъ, но и на серозныхъ оболочкахъ и въ паренхиматозныхъ органахъ, т. е. въ печени, селезенкѣ, почкахъ и проч. Въ виду такого разнообразія потолого-анатомическихъ измѣненій при миліарномъ туберкулезѣ нечего удивляться, что и клиническая его картина представляетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ большое разнообразіе, которое усиливается еще и различной быстротой распространенія бугорковъ въ тѣлѣ; въ однихъ случаяхъ, напр., они высыпаютъ какъ будто сразу въ разныхъ органахъ и сконцентрировываются преимущественно въ легкихъ и тогда получается картина очень бурно протекающей лихорадочной болѣзни, съ сильнымъ кашлемъ и одышкой и съ смертельнымъ исходомъ въ 2—4 недѣли; такая форма остраго миліарнаго туберкулеза, въ виду ея большого сходства съ тифомъ, извѣстна подъ именемъ *тифозной формы*.

Въ другихъ случаяхъ высыпаніе бугорковъ идетъ медленно, и если мозговыя оболочки не поражаются, то болѣзнь тянется много недѣль, выражаясь главнымъ образомъ, умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ — *это подострый или скрытно протекающій миліарный туберкулезъ*. Если съ самаго начала вовлекаются въ процессъ и мозговыя оболочки, то получается форма миліарнаго туберкулеза, извѣстная подъ именемъ *туберкулезнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ* или, такъ какъ процессъ этотъ сопровождается

образованіемъ серознаго выпота въ мозговые желудочки — *острой туберкулезной головной водянки.*

Острый миліарный туберкулезъ присоединяется или къ существующей уже чахоткѣ, resp. къ катарральной пневмоніи и тогда мало измѣняетъ картину бывшей болѣзни, хотя и ускоряетъ наступленіе летальнаго исхода, или онъ развивается какъ бы самостоятельно, у дѣтей, на видъ здоровыхъ, и тогда протекаетъ совсѣмъ иначе, чѣмъ въ первомъ случаѣ. Мы будемъ говорить здѣсь только о послѣднихъ, т.-е. о самостоятельныхъ формахъ туберкулеза.

Развитію всѣхъ этихъ формъ миліарнаго туберкулеза предшествуетъ обыкновенно періодъ предвѣстниковъ въ видѣ постепеннаго, какъ бы безпричиннаго упадка питанія; мы говорили о припадкахъ этого періода въ главѣ о туберкулезномъ менингитѣ. Начало и теченіе различныхъ формъ туберкулеза будетъ различно въ зависимости отъ быстроты высыпанія бугорковъ и ихъ локализаціи.

Тифозная или острая форма миліарнаго туберкулеза начинается, подобно многимъ другимъ инфекціоннымъ процессамъ, довольно быстро наступающимъ жаромъ, вслѣдъ за которымъ появляется кашель, но особенно характерно, что, не смотря на отрицательные результаты перкуссіи и на то, что при аускультаціи получаются только явленія катарра среднихъ бронховъ въ видѣ усиленнаго везикулярнаго шума и незначительныхъ хриповъ, больной представляетъ очень учащенное дыханіе (у дѣтей старшаго возраста до 50—60, у младшихъ до 80—90 въ минуту). Позднѣе, по мѣрѣ усиленія катарра, появляются мелко и среднепузырчатые хрипы и одышка. Лихорадка постепенно усиливается, принимаетъ большею частью неправильный типъ и въ дальнѣйшемъ теченіи сопровождается различными явленіями, свойственными тяжелому тифу, каковы, напр.: сухой языкъ, фулигинозные налеты на зубахъ, затемненное сознаніе, бредъ, общая слабость. Въ общемъ получается картина, всего болѣе похожая на тифъ, осложненный кипиллярнымъ бронхитомъ. Сходство это объясняется тѣмъ, что не только отдѣльные симптомы, но и группировка ихъ въ обѣихъ болѣзняхъ даетъ одинаковый результатъ. Неувѣренность діагностики можетъ продолжаться до самой смерти больного и только вскрытіе выясняетъ дѣло.

Во многихъ случаяхъ, однако, діагностика все-таки возможна и основывается она съ одной стороны на анамнестическихъ данныхъ, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу вообще, а съ другой — на симптомахъ настоящаго заболѣванія.

Во всѣхъ случаяхъ, когда подозрѣвается туберкулезное заболѣваніе, въ какой бы то формѣ ни было, необходимо справляться въ анамнезѣ насчетъ *наслѣдственнаго расположенія къ туберкулезу* (здоровье братьевъ и сестеръ, золотуха въ семьѣ, рахитизмъ въ первые годы жизни (см. гл. о туберкулезномъ менингитѣ) и о *періодѣ предвѣстниковъ*, который при туберкулезѣ рѣдко отсутствуетъ. Онъ тянется значительно дольше, чѣмъ при тифѣ (см. тамъ же). Важное значеніе имѣетъ также и *этіологія болѣзни*. Одна и та же картина болѣзни производитъ на врача совершенно различное впечатлѣніе, смотря по тому, развилась ли она у ребенка, до тѣхъ поръ здороваго и жившаго, можетъ быть, въ домѣ, въ которомъ ужъ были случаи тифа, или она появилась послѣ извѣстныхъ болѣзней, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу (корь, коклюшъ, гриппъ, продолжительныя нагноенія).

Что касается до симптомовъ, то надо имѣть въ виду, что если у сомнительнаго больного, представляющаго симптомы тяжелаго тифа, констатируется свѣжая опухоль селезенки и тифозная розеола, то можно исключить туберкулезъ и діагносцировать тифъ, особенно въ томъ случаѣ, если селезенка такъ велика, что прощупывается, ибо при отложеніи туберкуловъ въ селезенкѣ она хотя тоже увеличивается, но только немного. Чѣмъ тяжелѣе тифъ (а острая форма туберкулеза симулируетъ обыкновенно тяжелый тифъ), тѣмъ и селезенка сильнѣе припухаетъ, а потому и можно установить правило, что при *отсутствіи ясно замѣтной опухоли селезенки, несмотря на высокое лихорадочное состояніе, протекающее при сильномъ бредѣ, кашлѣ и при рѣзко выраженныхъ другихъ тифозныхъ явленіяхъ, слѣдуетъ ставить діагностику съ крайней осторожностью и имѣть въ виду острый туберкулезъ*.

Подозрѣвать существованіе послѣдняго мы имѣемъ еще больше права въ томъ случаѣ, если *при отсутствіи симптомовъ, спеціально указывающихъ на тифъ* (опухоли селезенки, розеолы, поноса), *есть припадки, говорящіе противъ тифа*. Благодаря тому, что въ началѣ своей больничной дѣятельности я не придерживался этого правила, я въ первомъ же случаѣ остраго миліарнаго туберкулеза былъ непріятно пораженъ результатами вскрытія, такъ какъ даже и не подозрѣвалъ этой болѣзни. Припадки, говорящіе противъ тифа и за туберкулезъ, могутъ состоять въ слѣдующемъ:

Характеръ лихорадки. При остомъ миліарномъ туберкулезѣ лихорадка можетъ быть всякаго типа, въ томъ числѣ и довольно правильная continua remittens, какъ и при тифѣ и это бываетъ

именно въ случаяхъ, самыхъ трудныхъ для діагностики. Здѣсь можетъ имѣть нѣкоторое значеніе только абсолютная высота температуры: если въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ утреннія температуры стоятъ выше 40°, то это одно ужъ говоритъ противъ тифа. Еще болѣе характерны для туберкулеза часто встрѣчающіяся при немъ сильныя и ничѣмъ не мотивированныя колебанія температуры, напр., утромъ около 37,5°, а вечеромъ больше 40° и извращенный типъ лихорадки, при частыхъ и обильныхъ потахъ и очень частомъ пульсѣ (при тифѣ, какъ уже было сказано, пульсъ нерѣдко бываетъ относительно замедленный).

Явленія со стороны органовъ дыханія. При остромъ миліарномъ туберкулезѣ сильный кашель и учащенное дыханіе выступаютъ на первый планъ ужъ съ самаго начала, тогда какъ при тифѣ въ теченіе первой недѣли не бываетъ ни рѣзко выраженнаго бронхита, ни кашля и во всякомъ случаѣ нѣтъ одышки. Въ типическихъ случаяхъ остраго миліарнаго туберкулеза, когда дѣло ограничивается высыпаніемъ безчисленныхъ бугорковъ въ легкихъ, но безъ образованія воспалительныхъ уплотнѣній легочной ткани, постукиваніе даетъ отрицательные результаты, а выслушиваніе — кое-гдѣ катарральные хрипы и рѣзкій везикулярный дыхательный шумъ, словомъ, признаки незначительнаго бронхіальнаго катарра, и для діагностики важно именно то, что, *несмотря на отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, больной страдаетъ одышкой и мучительнымъ сухимъ кашлемъ.*

Далѣе, противъ тифа и за туберкулезъ говорятъ: особая блѣдность съ фіолетовымъ оттѣнкомъ лица, и по Bouchu — гиперэстезія грудной клѣтки. *Продолжительность болѣзни.* На третьей недѣлѣ тифъ оказываетъ склонность къ улучшенію, между тѣмъ какъ при туберкулезѣ припадки или продолжаютъ усиливаться, или по крайней мѣрѣ, остаются in statu quo.

Наконецъ, рѣшающее значеніе въ пользу миліарнаго туберкулеза имѣетъ *присутствіе бугорковъ на днѣ глаза,* но, къ сожалѣнію, значеніе этого симптома умаляется тѣмъ, что онъ встрѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Иногда они являются очень рано, напр., за нѣсколько недѣль до летальнаго исхода, въ другихъ — за 1—2 дня до смерти. Такъ какъ при бугоркахъ сосудистой оболочки глаза острота зрѣнія не страдаетъ и никакихъ субъективныхъ жалобъ нѣтъ, то найти ихъ можно лишь при повторномъ офтальмоскопированіи и притомъ обоихъ глазъ, такъ какъ очень нерѣдко поражается только одинъ глазъ.

Итакъ, резюмируя все сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что противъ тифа и за туберкулезъ говорятъ, главнымъ образомъ, слѣдующія данныя: этіологія (наслѣдственность, корь, коклюшъ и проч.), отсутствіе опухоли селезенки и тифозной розеолы при значительной, но неправильной лихорадкѣ и при сильномъ кашлѣ съ одышкой, несмотря на почти отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди. Если удается открыть бугорки на choroid., то сомнѣній въ діагностикѣ быть уже не можетъ. Такое же рѣшающее значеніе имѣетъ и присутствіе туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ; но отсутствіе двухъ этихъ признаковъ не исключаетъ туберкулеза.

Подострая форма миліарнаго туберкулеза протекаетъ или совсѣмъ безъ кашля, или при явленіяхъ умѣреннаго бронхита, но во всякомъ случаѣ безъ одышки и даже безъ учащеннаго дыханія и выражается, главнымъ образомъ, лихорадочнымъ состояніемъ, которое держится около 38°—38,5° утромъ и 39°—39,5° по вечерамъ; никакихъ мѣстныхъ симптомовъ при этомъ можетъ не быть, ребенокъ долго остается на ногахъ, сохраняетъ до нѣкоторой степени аппетитъ и вовсе не производитъ впечатлѣнія не только опаснаго, но даже и серьезнаго больного. Врачъ, не находя для объясненія лихорадки никакихъ мѣстныхъ болѣзней, останавливается на предположеніи легкаго тифа, но вопреки его предсказанію лихорадка затягивается дольше 4 недѣль и наконецъ раньше или позднѣе все разъясняется проявленіемъ туберкулезной пневмоніи или острой головной водянки.

Продолжительность болѣзни прямо зависитъ отъ того, какъ скоро туберкулезъ распространяется на мозговыя оболочки; до этого момента проходитъ обыкновенно недѣли 2—3, но иногда и значительно больше. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ подобнаго рода скрытый туберкулезъ, выражавшійся постоянной лихорадкой и легкимъ, по временамъ обострявшимся бронхитомъ, тянулся 109 дней.

Въ первыя двѣ недѣли діагностика отъ легкаго тифа очень трудна; отсутствіе опухоли селезенки, поноса и розеолы ничего не доказываетъ, такъ какъ при легкомъ тифѣ часто не бываетъ ни того, ни другого, ни третьяго. Несмотря на то, однако, при постели больного почти всегда возможно если не распознать, то, по крайней мѣрѣ, съ большою вѣроятностью предположить, что это не тифъ, а туберкулезъ и именно на томъ основаніи, что скрыто-протекающій туберкулезъ едва ли когда-нибудь развивается у дѣтей вполнѣ здоровыхъ, а всегда послѣ какой-нибудь катарральной или катар-

рально-лихорадочной болѣзни, каковы: коклюшъ, корь и гриппъ. Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ большинство, бываетъ обыкновенно такъ: ребенокъ, происходящій изъ туберкулезной семьи или страдавшій въ первые года жизни рахитизмомъ (поздно рѣзались зубы, долго не начиналъ ходить, на первомъ году жизни былъ очень потливъ и страдалъ или повторными поносами, или бронхитами; теперь замѣтны слѣды рахитизма на грудной клѣткѣ и т. п.), заболѣваетъ одной изъ названныхъ болѣзней, напр. корью, и начинаетъ выздоравливать, но выздоровленіе идетъ плохо: ребенокъ мало ѣстъ, онъ вялъ, по вечерамъ какъ будто лихорадитъ, хотя кашель почти прошелъ или его даже и вовсе нѣтъ. По совѣту врача начинаютъ слѣдить за температурой, и вотъ оказывается, что у больного дѣйствительно лихорадочное состояніе, по характеру своему напоминающее тифъ. Но то обстоятельство, что этотъ мнимый тифъ начался послѣ кори, а не появился самостоятельно, и дѣлаетъ въ высшей степени вѣроятнымъ, что причина лихорадки лежитъ въ туберкулезѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи дѣло выясняется даже и безъ развитія менингита, прямо чрезмѣрной для тифа продолжительностью лихорадки. Въ другихъ случаяхъ діагностика выясняется еще раньше на основаніи результатовъ офтальмоскопическаго изслѣдованія (бугорки хороидеи). Что касается до характера лихорадки, то въ общемъ она бываетъ постояннаго, послабляющаго типа, слѣдовательно, какъ и при тифѣ, но отличается большею неправильностью; особенно характерны чрезвычайно значительныя, ничѣмъ не мотированныя повышенія температуры на одинъ — два дня; подозрительны также повторные, почти ежедневные или ночные поты (въ періодѣ разгара тифа трудно вызвать потъ даже и искусственными мѣрами) и полная безрезультатность хиннаго лѣченія (послѣднее обстоятельство имѣетъ особое значеніе для діагностики случаевъ туберкулеза, протекающихъ съ лихорадкой интермитирующаго типа, отъ болотной лихорадки).

Поставить діагностику туберкулезной лихорадки еще вовсе не значитъ признать больного безнадежнымъ, такъ какъ несомнѣнно встрѣчаются случаи весьма продолжительной и по всѣмъ другимъ признакамъ туберкулезной лихорадки и тѣмъ не менѣе кончающіеся выздоровленіемъ, особенно подъ вліяніемъ климатическаго лѣченія или послѣ выѣзда изъ большого города въ деревню. Что подобнаго рода больные находятся въ опасности при всякомъ удобномъ случаѣ опять заболѣть туберкулезомъ въ той или иной формѣ, это понятно само собой и въ практикѣ встрѣчается не особенно рѣдко.

Болѣзни, характеризующіяся лихорадкой перемежающагося типа.

Болотная лихорадка.

Febris intermittens — встрѣчается у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, въ правильныхъ и неправильныхъ формахъ. Правильная болотная лихорадка не представляетъ затрудненій для діагностики, такъ какъ она характеризуется почти ей только одной свойственнымъ правильнымъ повтореніемъ совершенно одинаковыхъ пароксизмовъ, состоящихъ изъ озноба, за которымъ слѣдуетъ жаръ и потомъ потъ. Весь пароксизмъ продолжается 4—12 часовъ и за симъ болѣзнь какъ будто кончилась и больной чувствуетъ себя здоровымъ, пока на слѣдующій день или черезъ день, приблизительно въ тотъ же самый часъ, начинается новый пароксизмъ и т. д. въ теченіе неопредѣленнаго времени, пока больной не выѣдетъ изъ болотной мѣстности или не начнетъ лѣчиться хининомъ. Хининъ, въ количествѣ столькихъ гранъ, сколько больному лѣтъ, назначенный за 4—6 часовъ до начала приступа, купируетъ его почти навѣрное, особенно въ свѣжихъ случаяхъ, и потому на него можно смотрѣть, какъ на реактивъ, могущій служить для выясненія діагностики.

Свѣжая и вообще правильная малярія до такой степени типична, что ее трудно не узнать или съ-чѣмъ нибудь смѣшать, такъ что для провѣрки діагноза нѣтъ надобности прибѣгать къ отыскиванію въ крови плазмодій. Изрѣдка, впрочемъ, намъ приходилось принимать за интермиттентъ брюшной тифъ въ теченіе первыхъ дней его развитія и гриппъ, когда онъ протекалъ подъ маской перемежающейся лихорадки, какъ это было, напр., въ случаѣ, описанномъ на стр. 220, но колебанія въ такихъ случаяхъ продолжались конечно недолго.

Другое дѣло въ случаяхъ неправильной болотной лихорадки, къ числу которыхъ мы относимъ, во-1-хъ, хроническую или застарѣлую малярію и во 2-хъ, маскированную лихорадку.

Что касается до *хронической болотной лихорадки,* то въ нашей мѣстности рѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ лихорадка продолжалась бы ежедневно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и нисколько бы не уступала хинину; гораздо чаще бываетъ такъ, что хроничность болѣзни выражается частыми возвратами пароксизмовъ лихорадки въ формѣ можетъ быть не совсѣмъ правильной febris

intermittentis, скоро уступающей нѣсколькимъ пріемамъ хинина съ тѣмъ, чтобы черезъ одну или нѣсколько недѣль снова возвратиться; діагностика подобныхъ случаевъ нетрудна, но если лихорадка продолжается въ теченіе долгаго времени, несмотря на энергическое лѣченіе хининомъ, то распознаваніе становится много труднѣе и въ особенности вслѣдствіе того, что въ подобныхъ случаяхъ кривая температуры обыкновенно утрачиваетъ типическій характеръ правильной intermittentis; пароксизмы появляются то ежедневно, но въ разные часы дня, то прекращаются на 1—2 или нѣсколько дней и потомъ появляются снова; во время приступа температура держится можетъ быть на весьма умѣренной высотѣ, но за то и въ другое время сутокъ она не падаетъ до нормы, а колеблется около 37,5—38; знобовъ и потовъ можетъ при этомъ не быть или и то и другое представляется лишь въ видѣ намековъ; словомъ, ставить діагностику по одной только температурѣ оказывается рѣшительно невозможнымъ. Въ подобныхъ случаяхъ громадное значеніе имѣютъ *анамнезъ, опухоль селезенки* и въ особенности микроскопическое изслѣдованіе крови на малярійныя *плазмодіи.*

Въ большинствѣ случаевъ удается констатировать, что больной не только жилъ въ болотной мѣстности, но вмѣстѣ съ другими и самъ страдалъ лихорадкой въ формѣ правильной f. intermittens quotodiana или tertiana, которая сначала легко уступала хинину, но часто возвращалась, потомъ пришлось увеличивать дозы и наконецъ хининъ совсѣмъ пересталъ дѣйствовать. При изслѣдованіи больного находятъ у него *большую, плотную селезенку* (это очень важный и едва-ли когда отсутствующій симптомъ) и увеличенную печень; больной очень малокровенъ, иногда можно замѣтить у него отечную опухоль ступней и даже ascites. Если у больного, несмотря на долго продолжающуюся лихорадку, нѣтъ замѣтной опухоли селезенки, т.-е. она не прощупывается, то одного ужъ этого отрицательнаго признака достаточно, чтобы съ очень большой вѣроятностью исключить застарѣлую малярію, но мы не позволяемъ себѣ дѣлать обратнаго заключенія, такъ какъ болѣе или менѣе увеличенная селезенка можетъ встрѣтиться и при лихорадкѣ отъ другихъ причинъ. Для окончательнаго выясненія всѣхъ сомнительныхъ случаевъ слѣдуетъ прибѣгать къ изслѣдованію крови посредствомъ двойной окраски сухого препарата крови эозиномъ и метиленовой синькой, какъ это описано нами въ главѣ объ анэміи; плазмодіи окрашиваются въ синій цвѣтъ и представляются въ видѣ

синихъ комковъ, подчасъ самаго неправильнаго очертанія, иногда съ зернами чернаго пигмента, залегающихъ внутри красныхъ кровяныхъ тѣлецъ или лежащихъ свободно. Препараты разсматриваются при увеличеніи въ 500 разъ. Въ однихъ случаяхъ плазмодій бываетъ очень много и онѣ отыскиваются легко, въ другихъ — ихъ мало, такъ что приходится разсматривать препаратъ довольно долго.

За неправильную, затяжную болотную лихорадку могутъ быть приняты слѣдующія болѣзни.

1) *Туберкулезная лихорадка* безъ мѣстныхъ локализацій или съ неясно выраженными симптомами. О характерѣ этой лихорадки мы говорили въ предыдущей главѣ. Главными основаніями для діагностики служатъ анамнезъ, начало болѣзни съ кори, гриппа или коклюша, отсутствіе опухоли селезенки, безрезультатность лѣченія хининомъ. Что касается до мѣстныхъ симптомовъ, то замѣтимъ между прочимъ, что лихорадка можетъ быть вызвана туберкулезомъ брюшныхъ органовъ, т.-е. кишекъ и брюшины, при чемъ легкія сплошь и рядомъ остаются вполнѣ здоровыми, а потому хроническій поносъ, періодическія боли живота, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ могутъ имѣть очень большое діагностическое значеніе.

2) *Піэмическая лихорадка* вслѣдствіе скрытаго гнойника. Гной можетъ скопиться въ какой-нибудь полости или въ паренхиматозномъ органѣ. Долго не узнаются иногда хроническіе перитониты и даже обильные гнойные плевриты (благодаря непростительной небрежности); весьма длительную лихорадку могутъ поддерживать также гнойные синовиты и оститы, въ особенности воспаленіе позвонковъ, которое можетъ протекать безъ жалобъ на боли въ спинѣ (особенно у маленькихъ дѣтей) и до поры до времени безъ паралича ногъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ причину болѣзни узнать легко путемъ всесторонняго объективнаго изслѣдованія больного.

Въ одномъ случаѣ легочнаго нарыва я вмѣстѣ съ д-рмъ Веревкинымъ наблюдалъ лихорадку замѣчательно правильнаго перемежающагося типа въ теченіе цѣлаго мѣсяца (см. стр. 223, ф. 4). То же самое можетъ встрѣтиться при абсцессахъ печени, селезенки и проч. Необходимо обращать вниманіе и на сердце, такъ какъ f. intermittens могутъ симулировать гнойный перикардитъ и язвенный эндокардитъ. Піэмическая лихорадка получаетъ особое сходство съ маляріей благодаря тому, что она часто сопрово-

ждается опухолью селезенки, сильными знобами и потами и быстрыми скачками температуры съ высокихъ градусовъ до нормы и даже ниже и наоборотъ.*)

3) *Анэмическая лихорадка.* Говоря объ анэміи, мы уже упоминали, что лихорадка можетъ появиться при всякомъ сильно выраженномъ малокровіи (см. стр. 334); намъ самимъ случилось видѣть на консиліумѣ съ д-рмъ Е. М. Ивановымъ экскивизитный случай 3-хъ-мѣсячнаго значительнаго лихорадочнаго состоянія при псейдо-лейкэміи у ребенка 9-ти лѣтъ; больной этотъ былъ потомъ помѣщенъ въ клинику, гдѣ и умеръ черезъ нѣсколько дней; вскрытіе подтвердило діагностику псейдо-лейкэміи и никакой другой причины лихорадки не открыло. Значительное и продолжительное лихорадочное состояніе встрѣчается иногда при хлорозѣ и лейкэміи и почти обязательно въ извѣстномъ періодѣ злокачественнаго малокровія.

Въ послѣднее время въ нашей клиникѣ лежали трое дѣтей съ различными формами дѣтской анэміи, безъ мѣстныхъ причинъ, и у всѣхъ замѣчалось повышеніе температуры. Для примѣра мы приведемъ эти кривыя за нѣсколько дней:

Ваня Ростовцевъ $2^1/_2$ года. Anaemia pseudo-leucaemica Jaksch'a; поступилъ въ кли-
нику по случаю общей слабости (не можетъ ходить), восковой блѣдности лица, громад-
ной, плотной селезенки (книзу спускается до os. il. кпереди доходитъ до пупка), увеличеной
печени (выходитъ изъ подъ реберъ на 3 пальца) лимфатическія железы не увеличены;
въ крови значительное уменьшеніе числа эритроцитовъ при небольшомъ увеличеніи бѣ-
лыхъ (примѣрно въ $1^1/_2$—2 раза, при чемъ довольно много эозинофильныхъ). Ходъ t^0:
36,7—39,6; 37—37,2; 38,6—39; 37,8—37,6; 36,9—38,5; 37,6—37,5; 38—38,6; 37,5—
38,6; 38,4—38,8; 38,2—38,6; 36,8—37,2; 36,8—38,2 и т. д. въ теченіе 6-ти-недѣль-
наго пребыванія въ клиникѣ.

Николай Крыловъ 2 г. 2 мѣс. поступилъ въ клинику 16 февр. 93 г. по поводу кури-
ной груди и другихъ признаковъ рахитизма, но безъ кашля и безъ поноса; общіе по-
кровы очень блѣдны, селезенка прощупывается на 2 пальца ниже реберъ. T^0 37,8—38;
38—37,6; 37,4—37,6; 37,4—37,8; 38—37,8 и т. д. въ теченіе двухнедѣльнаго пребы-
ванія въ клиникѣ. *Rachitis, anaemia splenica.*

Ив. Преображенскій 1 г. 9 м. поступилъ въ больницу по поводу общей слабости
(не можетъ стоять), сильной блѣдности и рѣзко выраженныхъ венозныхъ шумовъ подъ
ключицами; нѣтъ ни рахитизма, ни опухоли селезенки. Въ крови значительное умень-
шеніе числа эритроцитовъ, пойкилоцитозъ и микроцитозъ; лимфоциты не увеличены за-
мѣтнымъ образомъ. Мѣстныхъ болѣзней никакихъ нѣтъ; наклонность къ запору. T^0 37,2—
37,7; 37,5—38; 37,7—38; 37,9—38,2; 37—37,8; 37,5—37,8; 37,2—38,2; 37,4—37;
37,1—37,8 и т. д. въ теченіе 5-ти-недѣльнаго пребыванія въ клиникѣ. *Anaemia simplex
gravis.*

---

*) Къ этой же категоріи мы относимъ лихорадку, продолжающуюся иногда нѣсколько
недѣль въ періодѣ выздоровленія послѣ воспаленія серозныхъ оболочекъ. Подобную ли-
хорадку намъ встрѣчалось наблюдать, напримѣръ, послѣ остраго перитонита: боли ужъ
стихли, объективные признаки экссудата исчезли, а между тѣмъ лихорадка почти пра-
вильнаго перемежающагося типа продолжается 3—4 и больше недѣль и наконецъ мало-
по-малу прекращается. Вѣроятно подобныя лихорадки относятся къ числу резорбціонныхъ
т.-е. зависящихъ отъ всасыванія остатковъ воспалительныхъ продуктовъ.

Замѣчательно, что во всѣхъ этихъ случахъ моча была блѣдна, низкаго удѣльн. вѣса, словомъ, нисколько не напоминала лихорадочную мочу.

4) *Нервная лихорадка,* т.-е. повышеніе температуры вслѣдствіе термическаго невроза, встрѣчается иногда при истеріи. Мнѣ не приходилось наблюдать случаевъ нервной лихорадки въ дѣтскомъ возрастѣ, но д-ръ Шершевскій описалъ трехъ больныхъ, у которыхъ, по его мнѣнію, болѣе или менѣе значительное повышеніе температуры было выраженіемъ термическаго невроза сосудодвигательнаго центра. Въ первомъ случаѣ у дѣвочки 12-ти лѣтъ послѣ дифтерита развились косоглазіе, параличъ небной занавѣски и повышеніе t'ы до 41° въ теченіе 10 дней. Во 2-мъ случаѣ у 9-ти-лѣтней и въ 3-мъ у 8-ми-лѣтней дѣвочки наступали въ теченіе многихъ лѣтъ, особенно подъ вліяніемъ психическихъ моментовъ, приступы лихорадочнаго состоянія безъ мѣстныхъ причинъ; всякій разъ при этомъ у обѣихъ больныхъ наблюдались еще слѣдующіе нервные симптомы: болѣзненность второго лѣваго межреберья и лѣваго плечевого сплетенія, болѣе или менѣе бурное сердцебіеніе и аритмія, усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ, иногда слюнотеченіе, поты, поносы. Лихорадка тянулась иногда нѣсколько недѣль, а въ другихъ случаяхъ кончалась въ 2—3 дня. Хининъ и другія antipyretica не оказывали вліянія, гораздо вѣрнѣе дѣйствовали nervina: бромистый кали, атропинъ, вдыханія кислорода. („Врачъ" 1883, № 33 и слѣдующіе.)

Неправильныя формы болотной лихорадки, извѣстныя подъ именемъ маскированной лихорадки—febris intermittens larvata, представляютъ съ клинической стороны такое разнообразіе, что для діагностики важны не столько сами симптомы, сколько *правильная періодичность* ихъ появленія; но такъ какъ періодичность тѣхъ или иныхъ припадковъ, помимо болотной лихорадки, можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ и встрѣчается не только въ чисто нервныхъ, но и въ воспалительныхъ болѣзняхъ, то одной только періодичности припадковъ еще недостаточно для точнаго распознаванія маскированной лихорадки. Діагнозъ дѣлается болѣе солиднымъ въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ о больномъ, уже прежде страдавшемъ болотной лихорадкой (эта болѣзнь вообще очень склонна къ возвратамъ и со временемъ нерѣдко измѣняетъ свой типъ или изъ правильной формы превращается въ маскированную), или если у него можно констатировать опухоль селезенки. Впрочемъ, на этотъ послѣдній признакъ не слѣдуетъ слишкомъ много полагаться, такъ

какъ опухоль селезенки въ свѣжихъ случаяхъ болотной лихорадки встрѣчается не всегда, а при неправильныхъ, безлихорадочныхъ формахъ маляріи и подавно. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается назначеніемъ хинина. Итакъ, чтобы съ увѣренностью поставить діагностику маскированной лихорадки, достаточно имѣть два условія: во-1-хъ, періодичность въ наступленіи какихъ-либо припадковъ и во-2-хъ, возможность купированія ихъ посредствомъ хинина, а что касается до свойства самихъ симптомовъ, то по этому поводу можно только сказать, что нѣтъ ни одного припадка, который былъ бы обязателенъ, т. е. встрѣчался бы во всѣхъ случаяхъ; въ маскированныхъ формахъ часто отсутствуютъ, напр., и повышеніе температуры, и опухоль селезенки.

Хотя распознаваніе f. larvatae на основаніи двухъ сказанныхъ условій вовсе не трудно, но, тѣмъ не менѣе, на практикѣ она остается не узнанной очень нерѣдко и именно по двумъ причинамъ: во-1-хъ потому, что врачи, въ особенности молодые, отличаются склонностью приступать къ симптоматическому лѣченію какъ можно раньше, т.-е. не выждавши выясненія болѣзни, а отсюда выходитъ то, что самопроизвольно наступающіе антракты они сплошь и рядомъ объясняютъ блистательнымъ дѣйствіемъ даннаго средства; во-2-хъ, діагностическія недоразумѣнія могутъ зависѣть оттого, что врачи какъ бы забываютъ о чрезвычайномъ разнообразіи малярійныхъ формъ и, имѣя дѣло съ какимъ-нибудь загадочнымъ случаемъ маскированной лихорадки, не имѣютъ ея въ виду.

Въ дѣтскомъ возрастѣ f. larvata особенно часто проявляется въ формѣ *періодическаго поноса*, остраго или хроническаго (см. главу о поносѣ). Далѣе, мы наблюдали ее въ формѣ правильно повторяющейся *боли живота*, невралгій (у грудныхъ — періодическій крикъ, отличающійся отъ colica dyspeptica тѣмъ, во-1-хъ, что приступы сильнаго крика появляются только одинъ разъ въ сутки и притомъ почти въ одни и тѣ же часы, всего чаще именно ночью или утромъ, часовъ до 2-хъ дня; во-2-хъ тѣмъ, что стулъ остается нормальнымъ какъ по цвѣту и по консистенціи, такъ и по частотѣ и въ 3-хъ тѣмъ, что болѣзнь легко купируется хининомъ), *носовыхъ кровотеченій, періодическаго кашля.*

Этотъ послѣдній появляется обыкновенно по ночамъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ въ видѣ пароксизмовъ, состоящихъ изъ безпрестанно повторяющихся, короткихъ толчковъ сухого кашля, въ родѣ перхоты, при чемъ изслѣдованіе груди и зѣва даетъ отрицательные результаты. При діагностикѣ подобныхъ случаевъ надо

исключить во-1-хъ, сухой фарингитъ, во-2-хъ, такъ называемый, ночной кашель, который описывается въ учебникахъ, какъ неврозъ, упорно противостоящій всякому лѣченію, а въ томъ числѣ и *хинину*, и черезъ нѣсколько недѣль исчезающій самъ собой и, въ 3-хъ, коклюшъ (см. болѣзни дыханія).

Не перечисляя всѣхъ причудливыхъ формъ маскированной лихорадки, я скажу только, что узнать ихъ вообще нетрудно, если соблюдать слѣдующія условія: 1) имѣть въ виду интермиттентъ, каковы бы ни были симптомы, если только они правильно повторяются; 2) ради скорѣйшаго выясненія діагностики не слѣдуетъ прибѣгать къ сильно дѣйствующимъ симптоматическимъ средствамъ въ самомъ началѣ болѣзни, когда натура послѣдней еще не выяснилась и когда нѣтъ особой надобности спѣшить; 3) нельзя ставить діагностику интермиттента на основаніи одной только періодичности симптомовъ, а надо выждать результатовъ хиннагo лѣченія; 4) опухоль селезенки въ свѣжихъ случаяхъ болотной лихорадки бываетъ далеко не всегда, а такъ какъ съ другой стороны хроническая опухоль селезенки встрѣчается у дѣтей (особенно у маленькихъ подъ вліяніемъ рахитизма) довольно часто, то симптомъ этотъ можетъ имѣть діагностическое значеніе только въ томъ случаѣ, если онъ развивается, такъ сказать, на глазахъ врача.

Намъ остается сказать еще о **послабляющей лихорадкѣ** — febris remittens. Названіе febris remittens ничего опредѣленнаго не означаетъ; оно употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о больномъ, который лихорадитъ въ теченіе многихъ дней или даже недѣль съ постояннымъ послабленіемъ t'ы въ извѣстные часы дня и повышеніемъ ея въ другіе часы, не представляя притомъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, могущихъ выяснить причину лихорадки; f. remittens не есть собственно болѣзнь, а только симптомъ, встрѣчающійся при разныхъ болѣзняхъ. Въ однихъ случаяхъ такое неопредѣленное лихорадочное состояніе протекаетъ съ замѣтной опухолью селезенки и кончается въ $2\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ недѣли и ничѣмъ не отличается отъ легкаго тифа; въ другихъ случаяхъ она тянется гораздо дольше и можетъ зависѣть или отъ туберкулеза, или представляетъ собою аномальную форму болотной лихорадки и т. д., о чемъ было ужъ говорено въ главѣ о діагностикѣ послѣдней.

Острыя лихорадочныя болѣзни, характеризующіяся типическимъ теченіемъ и появленіемъ сыпи.

Сыпныя горячки.

Къ этой группѣ мы относимъ болѣзни, наичаще встрѣчающіяся въ дѣтскомъ возрастѣ и характеризующіяся нѣкоторыми общими признаками, о которыхъ слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ, чтобы избѣжать напрасныхъ повтореній.

Во-первыхъ, всѣ относящіяся сюда болѣзни, именно: скарлатина, корь, оспа, краснуха и варицелля, относятся къ числу *заразительныхъ болѣзней*, а потому рѣдко случается, чтобы въ семьѣ, состоящей изъ нѣсколькихъ дѣтей, заболѣлъ только одинъ ребенокъ, обыкновенно же захварываютъ всѣ или, по крайней мѣрѣ, большинство. Обстоятельство это можетъ имѣть при случаѣ очень важное значеніе для діагностики, особенно въ самомъ началѣ заболѣванія, когда болѣзнь еще не выяснилась, или въ случаяхъ аномальныхъ и рудиментарныхъ, которые безъ знанія этіологическихъ условій могли бы остаться невыясненными.

Во-вторыхъ, ядъ этихъ болѣзней, по современному воззрѣнію науки, не принадлежитъ къ числу вездѣсущихъ (убиквитарныхъ) и не появляется самопроизвольно, подъ вліяніемъ почвы и т. п.; а долженъ быть занесенъ откуда-нибудь больнымъ или вещами, бывшими съ нимъ въ соприкосновеніи, или третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ. Въ такихъ многолюдныхъ центрахъ, какъ напр. Москва, трудно, конечно, во всѣхъ случаяхъ открыть источникъ зараженія, каковымъ можетъ оказаться и портной, принесшій новое платье изъ зараженной мастерской, и молочница и т. д., но въ мѣстечкахъ и деревняхъ, свободныхъ отъ эпидемій, отсутствіе источника зараженія можетъ служить весьма цѣннымъ обстоятельствомъ для исключенія той или иной заразной болѣзни въ началѣ заболѣванія ребенка жаромъ и другими симптомами.

Въ третьихъ, всѣ эти болѣзни отличаются тою особенностью, что за весьма рѣдкими исключеніями поражаютъ человѣка только разъ въ жизни. Этимъ мы пользуемся при діагностикѣ сомнительныхъ случаевъ, когда припадки напоминаютъ и ту, и другую изъ заразныхъ болѣзней, особенно въ началѣ эпидеміи, напр., когда

приходится рѣшать, заболѣлъ ли ребенокъ легкой корью или краснухой, лѣкарственной сыпью или скарлатиной и т. п.

Въ четвертыхъ, всѣмъ контагіознымъ сыпямъ свойственъ т. н. *скрытый періодъ*, т.-е. извѣстный промежутокъ времени въ нѣсколько дней, протекающій отъ момента зараженія до появленія первыхъ признаковъ болѣзни. Періодъ этотъ называется „скрытымъ" потому, что онъ не выражается никакими признаками. Скрытый періодъ нѣкоторыхъ болѣзней отличается строго опредѣленной продолжительностью, тогда какъ въ другихъ тянется то меньше, то дольше. Къ болѣзнямъ первой категоріи относится оспа, при которой скрытый періодъ равняется 9—10 днямъ, корь — отъ момента зараженія до появленія сыпи проходитъ 13 дней, а до катарральныхъ лихорадочныхъ симптомовъ — 9 дней; вѣтреная оспа — 14 дней. Ко второй категоріи относится скарлатина, при которой скрытый періодъ продолжается иногда всего лишь 24 часа, тогда какъ въ другихъ случаяхъ затягивается до 11 дней; въ большинствѣ случаевъ онъ равняется 3—7 днямъ; говоря вообще, скрытый періодъ скарлатины отличается наименьшей продолжительностью; краснуха (15—21 день).

Въ пятыхъ, всѣ сыпныя горячки придерживаются типическаго теченія, такъ что принято различать нѣсколько періодовъ, а именно всѣ онѣ начинаются съ лихорадочнаго состоянія, протекающаго безъ достаточно характерныхъ симптомовъ — это періодъ предвѣстниковъ; потомъ слѣдуетъ періодъ высыпанія и цвѣтенія сыпи, за симъ періодъ поблѣдненія сыпи и шелушенія и, наконецъ, выздоровленіе.

Скарлатина.

Кардинальными симптомами скарлатины является сыпь на кожѣ, воспаленіе слизистой оболочки зѣва и лихорадочное состояніе. *Скарлатинозная сыпь* отличается разлитымъ характеромъ, т.-е. вся поверхность кожи дѣлается красной, но краснота эта никогда не бываетъ равномѣрной, а всегда представляется мелко точечной, какъ бы мраморной, такъ какъ сыпь скарлатинная состоитъ изъ безчисленнаго множества красныхъ точекъ, тѣсно сидящихъ другъ около друга. Точки эти размѣщаются не на нормальной кожѣ, а на блѣднорозовомъ фонѣ, который всего легче замѣтить, если придавить кожу пальцемъ; по отнятіи пальца на придавленномъ мѣстѣ остается на нѣкоторое время блѣдное пятно, рѣзко выступающее среди окружающаго его краснаго фона.

Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, при рѣзко выраженной сыпи, общій фонъ можетъ быть такъ красенъ, что никакихъ точекъ на немъ замѣтить ужъ нельзя, и краснота дѣлается, слѣдовательно, сплошной, какъ при сливной кори, но отличить ее все-таки не трудно, такъ какъ ни корь, ни скарлатина не даютъ сплошной красноты на всей поверхности тѣла, а всегда на нѣкоторыхъ мѣстахъ, *особенно на конечностяхъ*, при скарлатинѣ сыпь остается мраморной или точечной, а при кори крупно-пятнистой, съ промежутками нормальной кожи. Сливная (какъ кумачъ) скарлатинозная сыпь всего чаще встрѣчается на спинѣ.

Нѣкоторые ошибочно думаютъ, будто скарлатинозная сыпь щадитъ лицо; въ большинствѣ случаевъ напротивъ кожа лица измѣняется при скарлатинѣ чрезвычайно своеобразно, такъ что легко узнать эту болѣзнь прямо по лицу, даже не раздѣвая и не разспрашивая больного. *Характерность состоитъ именно въ рѣзкомъ контрастѣ между блѣдностью губъ и подбородка, съ одной стороны, и яркой краснотой щекъ—съ другой.* Скарлатинозная сыпь на лицѣ отличается отъ сыпи на туловищѣ тѣмъ, что пунктиръ замѣчается только на вискахъ, щеки-же представляются сплошного краснаго цвѣта, симулируя лихорадочную красноту щекъ, тогда какъ носъ, подбородокъ и верхняя губа остаются нормальнаго цвѣта и кажутся даже блѣднѣе обыкновеннаго.

Исходя изъ того положенія, что скарлатинозная сыпь характеризуется разлитымъ видомъ и что она занимаетъ равномѣрно все тѣло, не оставляя промежутковъ нормальной кожи, начинающіе часто принимаютъ скарлатину за корь на томъ основаніи, что находятъ у больного довольно обширные участки кожи свободными отъ сыпи. Чтобъ избѣгнуть подобной ошибки, слѣдуетъ имѣть въ виду, что не мало встрѣчается случаевъ скарлатины, представляющихъ отклоненіе отъ нормы въ томъ отношеніи, что сыпь разлитого характера на туловищѣ оказывается на конечностяхъ далеко не таковой, такъ какъ на голеняхъ и предплечьяхъ сплошь и рядомъ остаются большіе острова нормальной кожи. Можно бы сказать такъ: на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ скарлатина высыпаетъ, сыпь бываетъ разлитая, но она не обязана быть на всемъ тѣлѣ; корь-же, если гдѣ-либо и бываетъ сливной, то все-же на другихъ мѣстахъ она будетъ пятнистой, но никогда мелко точечной.

Скарлатинозная сыпь начинается съ шеи и верхнихъ частей груди и спины и потомъ въ *нѣсколько часовъ* распространяется на лицо и на все туловище, а къ концу сутокъ и на конечности; всего

замѣтнѣе она на спинѣ, а меньше всего на голеняхъ и на наружной поверхности бедеръ. *Высыпаніе скарлатины иногда сопровождается небольшимъ зудомъ,* чего не бываетъ при кори.

Существенное отличіе скарлатины отъ кори состоитъ, между прочимъ, въ быстромъ появленіи сыпи вслѣдъ за начальнымъ повышеніемъ температуры, другими словами, въ короткости продромальнаго періода. Скарлатинозная *сыпь ясно замѣтна уже къ концу первыхъ сутокъ отъ начала болѣзни,* тогда какъ при кори высыпаніе начинается лишь на 4-й день.

Скарлатинозная сыпь появляется также на слизистой оболочкѣ зѣва и языка. Въ зѣвѣ на первый день болѣзни иногда удается видѣть мелко-пятнистую или точечную сыпь на мягкомъ небѣ, которая ужъ на слѣдующій день превращается въ диффузную красноту, распространяющуюся и на миндалины.

Языкъ въ первые дни представляется обложеннымъ, но на 3—4-й день начинаетъ очищаться съ кончика и краевъ и еще черезъ день или два дѣлается интензивно краснаго цвѣта съ значительно припухшими сосочками—малиновый или скарлатинозный языкъ. Такой языкъ очень характеренъ для скарлатины, но только не слѣдуетъ ожидать этого признака на первый-же день; несомнѣнно, что онъ можетъ рѣшать діагностику сомнительныхъ случаевъ скарлатины, протекающихъ безъ сыпи, но съ ангиной.

Изъ различныхъ уклоненій сыпи, благодаря которымъ различаютъ scarl. papulosa, variegata, petechialis и др., въ практическомъ отношеніи особенно интересна *миліарная скарлатина*—scarl. miliaris, которая, при обширномъ распространеніи, можетъ сильно измѣнить характеръ сыпи и сдѣлать ее для начинающаго неузнаваемой. При scarl. miliaris на многихъ мѣстахъ тѣла, а, главнымъ образомъ, на шеѣ и спинѣ, появляются многочисленные, очень тѣсно сидящіе и очень мелкіе, бѣлые пузырьки съ серознымъ содержимымъ. Особенное значеніе этой сыпи мы придаемъ во-1-хъ, потому, что она часто встрѣчается, а во-2-хъ, что она имѣетъ благопріятное значеніе для предсказанія.

Скарлатинозная сыпь держится въ легкихъ случаяхъ 3—4 дня, въ болѣе тяжелыхъ 7—9 дней и потомъ исчезаетъ, не оставляя пигментаціи, а нѣсколько дней спустя начинается шелушеніе кожицы, которое настолько характерно, что позволяетъ діагносцировать бывшую скарлатину даже и безъ анамнеза. Типичность *скарлатинознаго шелушенія* состоитъ въ томъ, что на конечностяхъ, въ особенности на пальцахъ, ладоняхъ и подошвахъ, кожица сходитъ большими

пластами (отдирается), а на туловищѣ и лицѣ мелкими кусочками, какъ отруби. Всего раньше начинается оно въ случаяхъ скарлатины съ миліарной сыпью (иногда еще до полнаго исчезанія сыпи); обыкновенно-же первые слѣды шелушенія появляются нѣсколько дней спустя, послѣ поблѣднѣнія сыпи и тянется оно отъ 2 до 4 недѣль.

Скарлатинозная жаба сама по себѣ не представляетъ никакихъ особенностей, чтобъ можно было по ней узнать скарлатину. *Интензивность и характеръ скарлатинознаго воспаленія слизистой оболочки зѣва зависятъ отъ силы самой скарлатины.* Въ легкихъ случаяхъ наблюдается простая катарральная или эритематозная жаба, въ случаяхъ средней силы, каковыхъ большинство, — фолликулярная и лакунарная жабы и въ самыхъ тяжелыхъ—дифтеритическая, для появленія которой вовсе не требуется зараженія даннаго субъекта ядомъ дифтеріи, такъ какъ это не осложненіе скарлатины, а результатъ вліянія самого скарлатинознаго яда. Діагностическое значеніе боли горла, тѣмъ не менѣе, очень велико, благодаря именно постоянству этой локализаціи, а потому какъ бы ни была похожа на скарлатину сыпь у больного, но если у него нѣтъ пораженія зѣва, то діагностика скарлатины становится сомнительной.

Лихорадка при скарлатинѣ въ большинствѣ случаевъ характеризуется быстрымъ повышеніемъ температуры вначалѣ, короткимъ фастигіумомъ и сравнительно медленнымъ, не критическимъ окончаніемъ. Лихорадка начинается вдругъ и ужъ черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ 39—39,5°; въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней t° еще немного подымается и, достигнувъ 40°—40,5°, стоитъ на этой высотѣ до 4-го—5-го дня, а потомъ начинаетъ опускаться и дня черезъ 3—4 достигаетъ нормы, такъ что при нормальной, не осложненной скарлатинѣ лихорадочный періодъ продолжается приблизительно 7—9 дней. Въ меньшинствѣ случаевъ лихорадка начинается не такъ бурно и на первый вечеръ достигаетъ лишь 38,5°, но за симъ съ каждымъ днемъ усиливается и достигаетъ своего maximum'а на 4-й или даже на 5-й день. Сравнительно медленное начало не гарантируетъ легкости дальнѣйшаго теченія.

Какъ долго тянется лихорадка при осложненіяхъ, трудно сказать, такъ какъ все зависитъ отъ свойства осложненій. Въ первое время высокія температуры всего чаще поддерживаются дифтеритомъ зѣва, носа и въ особенности ушей, а также воспаленіемъ шейныхъ железъ и клѣтчатки. Позднѣе, примѣрно на 2—3-й недѣлѣ, причиной лихорадки бываетъ скарлатинозный синовитъ, плевритъ, перии эндокардитъ и нефритъ.

Кромѣ трехъ поименованныхъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы: сыпь, жаба и лихорадка, къ числу очень постоянныхъ и потому важныхъ для діагностики симптомовъ принадлежитъ еще *рвота* въ самомъ началѣ заболѣванія, которая можетъ быть однократной или, напротивъ, весьма упорной (въ тяжелыхъ случаяхъ рвота повторяется на первыя сутки до 10—20 и даже до 30 разъ; вообще говоря, упорство начальной рвоты стоитъ до нѣкоторой степени въ связи съ тяжестью заболѣванія и потому очень частая рвота можетъ считаться за признакъ неблагопріятный въ прогностическомъ отношеніи). Замѣчательно, что даже очень упорная рвота рѣдко продолжается долѣе 24 часовъ.

Рвота въ началѣ скарлатины встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ при всѣхъ другихъ острыхъ инфекціонныхъ сыпяхъ вообще и въ частности при кори, а потому въ сомнительныхъ случаяхъ, начинающій можетъ смотрѣть на начальную рвоту, какъ на симптомъ, сильно говорящій за скарлатину и противъ кори.

Припадки со стороны *нервной системы* при скарлатинѣ бываютъ обыкновенно прямо пропорціональны высотѣ температуры и силѣ инфекціи, а потому они важны для прогностики, такъ какъ *по степени развитія нервныхъ явленій можно судить о бóльшей или меньшей опасности даннаго случая*. Въ легкихъ формахъ скарлатины, протекающихъ при умѣренной лихорадкѣ, нервныхъ явленій можетъ совсѣмъ не быть; въ случаяхъ средней силы, составляющихъ большинство, больные жалуются на головную боль, большую слабость и плохо спятъ по ночамъ, иногда бредятъ; въ тяжелыхъ случаяхъ больной оказывается въ возбужденномъ состояніи, онъ совсѣмъ не спитъ по ночамъ, а днемъ находится въ полубезсознательномъ состояніи, иногда бредитъ съ открытыми глазами, возится въ постели (какъ говорится, мѣста не находитъ); позднѣе впадаетъ въ кому; при изслѣдованіи больной выходитъ изъ себя, злится, сопротивляется изо всѣхъ силъ, даже дерется; въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ съ 1-го или 2-го дня появляются эклямпсическія судороги, смѣняющіяся сонливостью или полной спячкой.

Въ виду того, что скарлатина нерѣдко принимается начинающими за корь, слѣдуетъ отмѣтить, что краснота глазныхъ яблокъ и истеченіе изъ носа прозрачной или гноевидной слизи встрѣчается при скарлатинѣ нерѣдко, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ. Существенная разница отъ кори состоитъ въ томъ, что при скарлатинѣ глаза и носъ поражаются уже послѣ того, какъ высыпала сыпь, тогда какъ при кори съ самаго начала періода предвѣстниковъ или, по крайней мѣрѣ, за 1—2 сутокъ до появленія сыпи.

Различныя формы скарлатины.

Нормальная скарлатина характеризуется умѣреннымъ и пропорціональнымъ другъ другу развитіемъ всѣхъ симптомовъ; лихорадкѣ въ 39,5—40° соотвѣтствуетъ повсемѣстная, яркокрасная, но безъ синеватаго оттѣнка сыпь и умѣренная боль при глотаніи вслѣдствіе фолликулярной или ограниченной дифтеритической жабы; нервныя явленія состоятъ въ головной боли, легкой сонливости днемъ и бреда по ночамъ, но безъ признаковъ особаго возбужденія, пульсъ частъ, но довольно полонъ, железы шеи хотя и увеличены, но остаются подвижными, катаются подъ пальцемъ и не болѣзненны. Болѣзнь начинается сразу, такъ что удается обыкновенно опредѣлить не только день, но даже и часъ заболѣванія. Прежде всего больной жалуется на чувство царапанія въ горлѣ и боль при глотаніи, но къ этому вскорѣ присоединяется сильный жаръ и рвота, большею частью однократная; къ концу первыхъ сутокъ появляется сыпь.

Аномальная скарлатина можетъ быть легкая и тяжелая. *Легкая форма* характеризуется или тѣмъ, что всѣ кардинальные симптомы скарлатины, т.-е. лихорадка, сыпь и жаба развиты слабо, или тѣмъ, что тотъ или другой изъ этихъ припадковъ совсѣмъ отсутствуетъ, въ силу этого различаютъ скарлатину безъ лихорадки, скарлатину безъ жабы (очень рѣдкая форма) и скарлатину безъ сыпи, сравнительно часто встрѣчающуюся у взрослыхъ, ухаживающихъ за больными дѣтьми.

Тяжелая скарлатина характеризуется или чрезмѣрнымъ развитіемъ симптомовъ со стороны горла и сосѣднихъ органовъ, или припадками общаго отравленія организма, при чемъ злокачественное вліяніе яда выражается, главнымъ образомъ, очень высокой температурой, упадкомъ дѣятельности сердца и симптомами угнетенія или чрезмѣрнаго возбужденія центральной нервной системы.

Злокачественная скарлатина тоже начинается внезапно со рвоты, большею частью повторной, и сильнаго жара, но съ той только разницей отъ нормальныхъ случаевъ, что во-1-хъ, t° уже черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ 40,5°—41° и во-2-хъ, что очень скоро появляется помраченіе сознанія. Пульсъ при этомъ необычайно частъ (160—200 ударовъ) и легко сдавимъ, конечности холодны, глаза налитые, мутные, со суженными зрачками. Смерть отъ паралича сердца можетъ быть ужъ на первый день, но чаще она наступаетъ ни 3—4 сутки. Если больной переживаетъ первые

дни, то лихорадка, оставаясь по прежнему высокой, отличается ничтожностью утреннихъ ремиссій, сыпь высыпаетъ очень лѣниво и получаетъ фіолетовый оттѣнокъ, пораженіе зѣва принимаетъ дифтеритическій характеръ и быстро распространяется на сосѣднія части (носъ, уши); одновременно распухаютъ и лимфатическія железы шеи и первые признаки флегмоны можно констатировать уже на 4-й день; большинство такихъ больныхъ не переживаютъ 7—9 дня.

Тяжелая скарлатина нерѣдко протекаетъ совсѣмъ безъ сыпи или съ рудиментарной сыпью.

Объ осложненіяхъ скарлатины нефритомъ и водянкой см. соотвѣтствующія главы.

Распознаваніе нормальной скарлатины съ хорошо развитой сыпью не представляетъ никакихъ затрудненій тому, кто хоть разъ ее видѣлъ, но, тѣмъ не менѣе, молодые врачи и въ особенности студенты часто смѣшиваютъ ее съ корью. Замѣчательно, что никто не принимаетъ корь за скарлатину, а всегда наоборотъ. Ошибка происходитъ обыкновенно отъ неправильной оцѣнки отдѣльныхъ симптомовъ, вовсе не имѣющихъ рѣшающаго значенія, и отъ игнорированія симптомовъ, болѣе важныхъ. Такъ, напр., въ одномъ случаѣ была поставлена діагностика кори на томъ основаніи, что сыпь прежде всего была замѣчена на лицѣ, а не на шеѣ, но при этомъ было упущено изъ виду, что центръ лица (носъ, губы, подбородокъ) былъ свободенъ отъ сыпи (что чрезвычайно важно для исключенія кори), что сыпь высыпала черезъ сутки отъ начала болѣзни (а не черезъ 3—4 дня, какъ бываетъ это при кори) и что не было кашля. Въ другомъ случаѣ скарлатина была принята за корь на томъ основаніи, что сыпь была не сплошная на всемъ тѣлѣ и что на ногахъ и животѣ оставались довольно обширные участки нормальной кожи, но при этомъ оставлены безъ вниманія разлитой характеръ и точечный видъ сыпи на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ она была. Въ третьемъ случаѣ діагностика кори была основана на томъ, что у больного была течь изъ носа, налитые глаза и небольшой кашель, но при этомъ забыто, что припадки эти появились ужъ послѣ сыпи. Не перечисляя далѣе отдѣльныхъ случаевъ ошибокъ, скажу, что при діагностикѣ скарлатины надо обращать главное вниманіе на слѣдующія обстоятельства:

Этіологія: нѣтъ ли въ домѣ больныхъ той или другой болѣзнью или не было ли другихъ случаевъ заразиться. *Періодъ предвѣстниковъ:* при скарлатинѣ боль горла, жаръ, рвота, внезапное на-

чало, отсутствіе кашля, красноты глазъ, чиханья. При кори лихорадка съ катарральными явленіями, чиханье, свѣтобоязнь, но обыкновенно безъ рвоты. *Время высыпанія:* при скарлатинѣ въ концѣ первыхъ сутокъ, при кори черезъ 3—4 дня. *Характеръ сыпи:* при скарлатинѣ разлитая, мелкоточечная, не занимающая центра лица; при кори пятнистая, а если мѣстами сливная, то равномѣрно краснаго цвѣта, безъ всякихъ точекъ или мраморности.

Такъ какъ никто не принимаетъ кори за скарлатину, то начинающій врачъ будетъ гораздо рѣже ошибаться, если всѣ сомнительные случаи онъ будетъ считать за скарлатину.

Легкая аномальная скарлатина безъ жабы можетъ быть смѣшана съ различными сыпями, имѣющими сходство съ скарлатинозной экзантемой. По поводу этого замѣтимъ, что скарлатина безъ жабы принадлежитъ къ такимъ рѣдкостямъ, что ставить діагностику скарлатины безъ жабы можно лишь въ томъ случаѣ, если извѣстенъ источникъ зараженія или если въ домѣ есть другой скарлатинозный больной.

Если скарлатинозная сыпь безъ жабы появляется у нѣсколькихъ членовъ семьи, сопровождается легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ и выказываетъ типическое теченіе, кончаясь выздоровленіемъ въ 2—3 дня, то было бы большой натяжкой считать такую эпидемію за аномальную скарлатину; напротивъ, болѣе вѣроятно признавать ее за самостоятельную болѣзнь, описанную мною во 2-мъ вып. моихъ лекцій подъ именемъ *скарлатинозной краснухи*. Эта болѣзнь не предохраняетъ отъ скарлатины и отличается отъ послѣдней постоянно легкимъ теченіемъ и отсутствіемъ послѣдовательнаго шелушенія. Въ однихъ случаяхъ, кромѣ сыпи, замѣчается еще легкая ангина и небольшой жаръ, въ другихъ тотъ или другой изъ этихъ симптомовъ отсутствуетъ или ихъ обоихъ нѣтъ и остается одна лишь сыпь.

Изъ другихъ сыпей, похожихъ на скарлатину, я поставилъ бы на первомъ мѣстѣ *потницу* — *sudamina rubra*. Она очень часто встрѣчается у дѣтей до 2-хъ лѣтъ, особенно у рахитиковъ, и по своему виду иногда поразительно похожа на скарлатину, но только на не очень распространенную, такъ какъ потница никогда не занимаетъ всей поверхности кожи, а придерживается опредѣленныхъ мѣстъ, въ чемъ и состоитъ ея главное отличіе: она занимаетъ только тѣ мѣста, которыя сильно потѣютъ, именно шею, грудь, верхнюю часть спины, лобъ и внутреннюю поверхность бедеръ; характернымъ отличіемъ служитъ, между прочимъ, то, что животъ при потницѣ или совсѣмъ свободенъ отъ сыпи, или здѣсь ея очень мало, тогда

какъ при скарлатинѣ животъ бываетъ обыкновенно занятъ сыпью весь, а лобъ сравнительно мало. Потница отличается еще своей летучестью, т.-е. она замѣтно усиливается (краснѣетъ) при тепломъ содержанiи больного и блѣднѣетъ или даже исчезаетъ при прохладномъ и такимъ образомъ держится цѣлую недѣлю и дольше или часто возвращается.

Другая сыпь, тоже очень похожая на ограниченную скарлатинозную, является у дѣтей послѣ смазыванiя кожи различными домашними средствами, каковы: деревянное масло, сало, вазелинъ. Подобная сыпь занимаетъ конечно только мѣста приложенiя мази, а если смазывалось все тѣло, то только мѣста съ нѣжной кожей, напр., животъ, грудь, но щадитъ спину и тыльную поверхность конечностей. Такъ какъ матери очень часто прибѣгаютъ къ смазыванiю тѣла ребенка при всякомъ жарѣ, то легко можетъ случиться, что послѣ смазки высыпетъ и настоящая скарлатина, если смазыванiе произведено во время продромальной лихорадки ея; анамнезомъ, слѣдовательно, нужно пользоваться осторожно и имѣть въ виду, что искусственная сыпь отъ масла никогда не занимаетъ всей поверхности тѣла, какъ это бываетъ обыкновенно въ скарлатинѣ.

Къ этой же категорiи случаевъ относятся и эритемы отъ внутреннихъ прiемовъ лѣкарствъ—*dermatitis diffusa medicamentosa*. Краснота занимаетъ или всю поверхность кожи, или бóльшую часть ея, въ нѣкоторыхъ случаяхъ она бываетъ равномѣрной, въ другихъ мелкоточечной, какъ при скарлатинѣ, сходство съ которой усиливается еще тѣмъ, что послѣ поблѣднѣнiя сыпи появляется лупленiе эпидермиса большими пластами. Встрѣчаются субъекты, у которыхъ подобныя скарлатино-подобныя эритемы появляются подъ влiянiемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ, напр., при всякомъ повышенiи температуры, отъ различныхъ лѣкарствъ, мазей и проч., и поэтому въ анамнезѣ значится, будто больной нѣсколько разъ страдалъ скарлатиной. Если разлитая эритема занимаетъ и лицо, то поражается обыкновенно и окружность рта и волосистая часть головы; на конечностяхъ, въ отличiе отъ скарлатины, сыпь занимаетъ больше разгибательныя поверхности. Слизистая оболочка зѣва никогда не поражается, и потому отсутствiе жабы служитъ весьма важнымъ подспорьемъ для исключенiя скарлатины (см. также стр. 347; лѣкарственныя сыпи).

За скарлатину можетъ быть принята также *эритема въ началѣ пневмонiи* и особенно *продромальная оспенная сыпь,* когда на второй день послѣ жара и рвоты появляется распространенная

краснота, которая, впрочемъ, не имѣетъ точечнаго характера, да и зѣвъ при ней не поражается.

Скарлатина безъ сыпи, но съ лихорадкой и жабой, можетъ быть смѣшана, смотря по явленіямъ со стороны зѣва, то съ простой катарральной жабой, то съ фолликулярной или дифтеритической.

Предполагать скарлатинозное происхожденіе жабы можно въ томъ случаѣ, если въ домѣ есть скарлатина; если же этого условія нѣтъ, то въ пользу аномальной скарлатины можетъ говорить начальная рвота, пунктирная краснота мягкаго нёба въ самомъ началѣ заболѣванія и скарлатинозный языкъ въ дальнѣйшемъ теченіи. Во многихъ случаяхъ дѣло выясняется лишь при новыхъ случаяхъ заболѣванія въ той же семьѣ или при появленіи какого-нибудь характернаго осложненія, напримѣръ, воспаленія почекъ, водянки или лупленія кожицы на пальцахъ и ладоняхъ.

Случаи скарлатины, кончающіеся смертью на первыя сутки, еще до сыпи, могутъ быть приняты за острый менингитъ, тяжелый тифъ или оспу; правильная діагностика такихъ случаевъ возможна лишь на основаніи этіологическихъ моментовъ; если же источникъ зараженія неизвѣстенъ, то едва-ли можно предположить что-либо кромѣ неопредѣленнаго отравленія крови.

Корь.

Къ кардинальнымъ симптомамъ кори принадлежатъ сыпь, лихорадка и катарръ дыхательныхъ путей и глазъ. *Коревая сыпь* рѣзко отличается отъ мелкоточечной и разлитой скарлатинной сыпи своимъ разбросанно-пятнистымъ характеромъ. Скарлатинозный больной представляется издали равномѣрно краснымъ, а коревой — пѣгимъ. Отдѣльное коревое пятно представляется величиной отъ чечевицы до серебрянаго пятачка и больше (смотря по тому, сколько изъ отдѣльныхъ пятнышекъ слилось между собой); всѣ пятна ярко-краснаго цвѣта; форма мелкихъ пятенъ круглая, въ центрѣ каждаго изъ нихъ легко замѣтить какъ глазомъ, такъ и осязаніемъ небольшую папулу такого же краснаго цвѣта, какъ и само пятно, такъ что можно сказать, что коревое пятнышко состоитъ изъ двухъ частей — изъ центральной папулы и окружающаго его краснаго фона. Болѣе крупныя пятна, какъ происшедшія изъ сліянія маленькихъ, отличаются неправильнымъ очертаніемъ.

Папулезный характеръ сыпи въ однихъ случаяхъ выраженъ рѣзко, въ другихъ слабо. Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить,

что въ началѣ высыпанія коревая сыпь можетъ состоять только изъ однихъ папулъ, совсѣмъ не окруженныхъ краснымъ фономъ, вслѣдствіе чего корь получаетъ большое сходство съ начальной папулезной сыпью при оспѣ, а если при этомъ катарральныя явленія запаздываютъ своимъ появленіемъ, то принять корь за оспу можетъ даже и опытный врачъ.

Корь высыпаетъ прежде всего на лицѣ и именно съ *центра лица,* т.-е. она занимаетъ носъ, губы, подбородокъ и части щекъ по сосѣдству съ носомъ. Первоначальная высыпь кори состоитъ не изъ пятенъ, а изъ мелкихъ, величиной съ головку булавки или просяное зерно, красноватыхъ папулъ, сидящихъ довольно разсѣянно. Число папулъ увеличивается съ каждымъ часомъ, и вскорѣ около нихъ появляется фонъ; отъ близкаго сосѣдства папулъ фоны ихъ могутъ сливаться и сыпь дѣлается сливной (2-й день высыпанія); тогда все лицо представляется сплошного краснаго цвѣта и слегка одутловатымъ.

Корь распространяется сверху внизъ въ теченіе трехъ дней (значитъ не такъ быстро, какъ скарлатина), такъ что по степени распространенія сыпи можно судить о днѣ болѣзни. Обыкновенно бываетъ такъ: на первый день высыпанія съ утра замѣчается на лицѣ немного сыпи, которая къ вечеру значительно увеличивается и распространяется отчасти на верхнюю часть спины и груди; на 2-й день утромъ сыпь на лицѣ достигаетъ maximum'а и дѣлается при случаѣ сливной; на туловищѣ довольно много папулъ и пятенъ; начало высыпанія на внутренней поверхности бедеръ; на 3-е утро сыпь занимаетъ и конечности вплоть до пальцевъ, а на лицѣ начинаетъ блѣднѣть. Дальнѣйшее блѣднѣніе сыпи совершается въ томъ же порядкѣ, въ какомъ она высыпала. Послѣ исчезанія сыпи наступаетъ лупленіе кожицы, замѣтное больше на лицѣ, чѣмъ на туловищѣ. Коревое шелушеніе отличается отъ скарлатинознаго тѣмъ, что эпидермисъ никогда не сходитъ большими пластами, а всегда въ видѣ мелкихъ кусочковъ (отрубевидное шелушеніе), и еще тѣмъ, что оно не распространяется на ладони и пальцы. Корь не вызываетъ зуда.

Изъ аномалій сыпи, имѣющихъ значеніе для діагностики, слѣдуетъ упомянуть о *сливной кори* — morb. confluentes, которая могла бы представить затрудненіе для діагностики отъ скарлатины, если бы такая сливная корь занимала все тѣло, но, по счастью, такой кори почти никогда не бываетъ; сливная корь занимаетъ только нѣкоторыя мѣста, въ особенности лицо и спину, а на другихъ частяхъ встрѣчается обыкновенная, пятнистая сыпь.

Отклоненія могутъ состоять также въ порядкѣ высыпанія, такъ напр., сыпь, минуя лицо, появляется прежде всего на туловищѣ или на какомъ-нибудь ограниченномъ мѣстѣ, которое подвергалось раздраженію (горчичники, острова хронической экземы).

Катарры слизистыхъ оболочекъ носа, глазъ, гортани и бронховъ являются при кори раньше сыпи, именно съ перваго дня лихорадочнаго состоянія. Физикальное изслѣдованіе груди въ первые дни даетъ отрицательные результаты: дыханіе остается везикулярнымъ, хриповъ нѣтъ. Сухой и частый кашель, насморкъ и свѣтобоязнь продолжаются примѣрно съ недѣлю, т.-е. до періода наибольшаго развитія сыпи, а когда послѣдняя начинаетъ блѣднѣть, то катарры разрѣшаются, кашель дѣлается влажнымъ и черезъ 1—2 недѣли совсѣмъ прекращается.

Чрезвычайно важное значеніе для діагностики представляютъ измѣненія слизистой оболочки мягкаго нёба, на которой за 24—48 часовъ до появленія сыпи на лицѣ появляется пятнистая краснота, которая настолько типична, что позволяетъ узнать корь еще въ періодѣ предвѣстниковъ, почему эта сыпь и называется *продромальной сыпью*. Помимо мягкаго нёба, ее легко замѣтить и на другихъ частяхъ рта, въ особенности на внутренней поверхности губъ и щекъ, а также и на вѣкахъ.

Такъ какъ въ нѣкоторыхъ, хотя и рѣдкихъ, случаяхъ сыпь на слизистой оболочкѣ рта запаздываетъ своимъ появленіемъ и высыпаетъ одновременно съ сыпью на лицѣ или даже еще позднѣе, то отсутствіе продромальной сыпи не можетъ служить доказательствомъ того, что у больного начинается не корь.

Лихорадка при кори не отличается постоянствомъ типа и кривая температуры въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ довольно разнообразна. Наиболѣе характерна для кори лихорадка съ двумя maximum'ами и съ быстрымъ окончаніемъ послѣ короткаго фастигіума. Первый maximum (около 39,5—40) наблюдается на 1-й день предвѣстниковъ, второй—(40—40,5) приходится на 1-й или 2-й день высыпанія; эти два maxim. отдѣляются другъ отъ друга двух- или трехдневнымъ періодомъ сравнительно низкихъ температуръ. Вообще говоря, чѣмъ слабѣе корь, тѣмъ ниже бываетъ t^0 во время maximum'овъ и тѣмъ ближе къ нормѣ спускается она на второй день предвѣстниковъ. Этимъ обстоятельствомъ можно пользоваться до нѣкоторой степени въ видахъ предсказанія. Коревая лихорадка продолжается въ легкихъ случаяхъ 5 дней, въ болѣе тяжелыхъ 7—9 дней.

Различныя формы кори. Періодъ предвѣстниковъ нормальной кори начинается сразу значительнымъ повышеніемъ t° (до 39—39,5 на 1-й вечеръ) и одновременно съ этимъ кашлемъ и насморкомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ катарры предшествуютъ лихорадкѣ дня за 2, за 3, въ другихъ, наоборотъ, лихорадка является раньше кашля, такъ что *отсутствіе катарральныхъ явленій на первый день болѣзни не исключаетъ кори.* На второй день утромъ t° опускается почти или совсѣмъ до нормы, но катарры остаются безъ перемѣнъ; на 3-и сутки краснѣютъ глаза и на нёбѣ появляется продромальная сыпь, кашель усиливается; на 4-й день появляются на лицѣ первые зачатки сыпи; на 5-й день лихорадка значительно усиливается и наступаетъ *періодъ высыпанія,* продолжающійся три дня; на 7-й день сыпь на лицѣ блѣднѣетъ, лихорадка спускается до нормы, катарры начинаютъ разрѣшаться. Полное выздоровленіе наступаетъ къ концу 2-й недѣли.

Случаи кори, представляющіе въ своемъ теченіи болѣе или менѣе существенныя отклоненія отъ нормы, описываются подъ именемъ *аномальной кори.* Сюда относятся, напр., случаи очень легкой, такъ называемой, абортивной кори, встрѣчающейся въ двухъ разновидностяхъ, именно въ видѣ кори безъ лихорадки и кори безъ сыпи — morbilli apyretici и morb. sine exanthemate; и та и другая принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ и въ спорадическихъ случаяхъ недоступны для діагностики, такъ какъ корь безъ лихорадки ничѣмъ не отличается отъ краснухи, а корь безъ сыпи — отъ бронхита. Впрочемъ, если у больного можно констатировать пятнистую красноту на слиз. оболочкѣ рта и зѣва, то діагностику кори можно ставить съ увѣренностью. Къ числу аномальныхъ формъ относится также *корь безъ катарровъ;* если она выражается ярко-красной и мѣстами сливной сыпью и высокой температурой до высыпанія и во время его, то отличить ее отъ краснухи легко (при послѣдней нѣтъ продромальной лихорадки и яркой сыпи).

Аномаліи періода предвѣстниковъ кори при нормальномъ дальнѣйшемъ теченіи встрѣчаются нерѣдко: въ однихъ случаяхъ періодъ этотъ продолжается ненормально долго (до 6 дней), въ другихъ, напротивъ, онъ слишкомъ коротокъ (1—2 дня).

Къ числу аномальныхъ формъ относится также *тяжелая корь.* Корь можетъ быть тяжела вслѣдствіе злокачественнаго дѣйствія яда или вслѣдствіе осложненій. Злокачественная корь встрѣчается рѣдко; она имѣетъ обыкновенно геморрагическій характеръ и поражаетъ преимущественно больныхъ и истощенныхъ субъектовъ.

Гораздо чаще смертельный исходъ при кори обусловливается осложненіями со стороны легкихъ. Если осложненія наступаютъ рано, то корь уже съ самаго начала кажется тяжелой: очень высокая лихорадка не дѣлаетъ ремиссій по утрамъ и на 2-й день предвѣстниковъ; сыпь высыпаетъ плохо и получаетъ синеватый оттѣнокъ; пульсъ частъ и малъ, языкъ сухъ и покрытъ бурой коркой.

Распознаваніе ясно выраженной кори легко, такъ какъ, помимо вполнѣ характерной, одной лишь кори свойственной, сыпи, больной представляетъ еще и катарральныя явленія. Діагностическія затрудненія могутъ встрѣтиться, во-1-хъ, въ періодѣ предвѣстниковъ, во-2-хъ, въ началѣ высыпанія и въ-3-хъ, въ случаяхъ легкой кори.

Въ самомъ началѣ періода предвѣстниковъ, когда у больного лихорадка, кашель и насморкъ, корь легко принять за гриппъ, но на 2-й или, по крайней мѣрѣ, на 3-й день дифференціальная діагностика въ большинствѣ случаевъ ужъ возможна и именно на основаніи продромальной сыпи въ зѣвѣ и на губахъ. Если этой сыпи еще нѣтъ, то въ пользу кори можетъ говорить, кромѣ характера эпидеміи, значительное паденіе температуры на 2-й день, болѣе выраженный конъюнктивитъ и частое чиханье.

Въ началѣ высыпанія корь всего легче смѣшать съ *оспой*. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, т.-е. въ громадномъ большинствѣ, діагностика не трудна; она основывается на продромальной сыпи мягкаго нёба и на рѣзко выраженныхъ катарральныхъ явленіяхъ (ни того, ни другого не бываетъ при оспѣ), да и самая сыпь имѣетъ болѣе пятнистый, чѣмъ папулёзный характеръ. Другое дѣло, если больной представляетъ папулёзную корь съ запоздалымъ появленіемъ катарральныхъ симптомовъ, при чемъ отсутствуетъ обыкновенно и продромальная сыпь. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится отложить рѣшеніе вопроса, съ какой болѣзнью имѣемъ дѣло, до слѣдующаго дня. Въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ принимать во вниманіе слѣдующія соображенія: сыпь при оспѣ высыпаетъ медленнѣе и не такъ дружно какъ при кори, а потому если на *первый день высыпанія на лицѣ такъ много папулъ, что ихъ трудно сосчитать,* то это говоритъ въ пользу кори. Если сыпь занимаетъ не только лицо, но и туловище, то въ этомъ періодѣ болѣзни (minimum 2-й день высыпанія) для діагностики важны слѣдующія обстоятельства: 1) сыпь на животѣ при кори почти такъ же обильна, какъ и на груди, тогда какъ при оспѣ животъ почти свободенъ отъ сыпи; 2) если сыпь при оспѣ заняла ужъ туловище, то на лицѣ кое-гдѣ можно найти небольшіе пузырьки, такъ что полное отсут-

ствіе пузырьковъ при *обильной* и распространенной сыпи сильно говоритъ въ пользу кори и противъ оспы; 3) папулы при оспѣ на 2-й и 3-й день высыпанія еще не имѣютъ краснаго фона, а при кори фонъ обыкновенно бываетъ если не вокругъ всѣхъ, то, по крайней мѣрѣ, хоть около нѣкоторыхъ папулъ, а потому получается *неравномѣрная величина сыпи* при кори; 4) коревая папула ярче окрашена, она интенсивно-краснаго цвѣта, а оспенная папула блѣдно-розоваго; 5) лихорадка во время высыпанія коревой сыпи непремѣнно усиливается (она выше чѣмъ была наканунѣ), а при оспѣ, напротивъ, начинаетъ спадать.

Иногда случается, что за корь принимается *сыпной тифъ съ обильной сыпью,* особенно если она занимаетъ и лицо. Отличія состоятъ въ томъ, что коревая сыпь ярче окрашена, она не такъ блѣдна, какъ roseola typhosa, катарры при кори выражены гораздо рѣзче и главное, что при кори въ началѣ высыпанія почти всегда бываетъ пятнистая сыпь на слизистой оболочкѣ рта и нёба, чего при сыпномъ тифѣ не встрѣчается *никогда;* наоборотъ, свѣжая опухоль селезенки бываетъ только при тифѣ. Если больной попалъ на руки врача съ 1-го дня болѣзни, то діагностика еще легче, такъ какъ при кори сыпь появляется прежде всего на лицѣ и потомъ въ теченіе двухъ сутокъ распространяется сверху внизъ, при сыпномъ же тифѣ лицо поражается не раньше туловища, а нерѣдко и вовсе не поражается. Если обильная, блѣдно-розовая сыпь, въ формѣ небольшихъ пятнышекъ, занимаетъ только туловище и конечности, *но щадитъ лицо,* то *корь можно исключить.* Roseola typhosa не сливается въ крупныя пятна, а потому отдѣльныя пятнышка при тифѣ отличаются равномѣрной величиной, тогда какъ при кори этой равномѣрности почти никогда не бываетъ.

Объ отличіяхъ кори отъ скарлатины см. предыдущую главу. Сливную корь не легко смѣшать со скарлатиной, такъ какъ на конечностяхъ остается много мѣстъ, представляющихъ обыкновенный (пѣгій) видъ коревой сыпи.

Легкая корь, протекающая съ негустой сыпью, съ незначительной лихорадкой и небольшимъ кашлемъ, можетъ быть принята за краснуху. Главное основаніе для діагностики — характеръ эпидеміи.

Сыпь при *краснухѣ* въ общемъ имѣетъ характеръ коревой сыпи, но отличается болѣе блѣдной окраской; высыпаніе краснухи идетъ быстрѣе и распространяется на все тѣло въ сутки, тогда какъ при кори для этого требуется 2—3 дня. Сыпь при краснухѣ можетъ быть очень обильной, но всегда она остается блѣдно-розовой и

въ этомъ-то *обиліи сыпи при слабой окраскѣ ея и при отсутствіи* (или при незначительности) *лихорадочнаго состояніи и катарровъ* я вижу главнѣйшее отличіе эпидемической краснухи отъ кори, такъ какъ при кори чѣмъ обильнѣе сыпь, тѣмъ сильнѣе лихорадка и катарры. Что касается до сыпи на мягкомъ нёбѣ, то несомнѣнно, что иногда она встрѣчается и при краснухѣ, а потому для дифференціальной діагностики она служить не можетъ. Продромальной лихорадки при краснухѣ почти не бываетъ, такъ какъ сыпь появляется обыкновенно черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала лихорадки; это обстоятельство имѣетъ очень важное діагностическое значеніе. Говоря вообще, діагностика краснухи можетъ быть затруднительна только въ началѣ эпидеміи или въ спорадическихъ случаяхъ.

На легкую корь или на эпидемическую краснуху можетъ быть похожа *краснуха неинфекціоннаго происхожденія* и незаразительная. Этіологія такой краснухи не совсѣмъ ясна; сюда относятся сыпи различнаго происхожденія, состоящія изъ красноватыхъ пятнышекъ, величиной отъ чечевицы до ногтя, кругловатой формы, исчезающія отъ давленія пальцемъ; такого рода сыпь нерѣдко является спутникомъ различныхъ лихорадочныхъ болѣзней, въ особенности у маленькихъ дѣтей, или она является результатомъ дѣйствія лѣкарствъ, напр., хинина, скипидара и др., и исчезаетъ послѣ прекращенія лѣкарства. Подобнаго рода сыпи отличаются отъ краснухи и кори тѣмъ, что лихорадка при нихъ обладаетъ полной самостоятельностью, а сыпь является случайнымъ, кратковременнымъ феноменомъ.

Оспа.

Оспа принадлежитъ въ настоящее время къ числу довольно рѣдкихъ болѣзней дѣтскаго возраста; пустулезная сыпь ея такъ типична, что діагностика оспы не представляетъ затрудненій, а потому мы можемъ быть кратки. Начало заболѣванія обозначается быстро наступающимъ жаромъ, который продолжается трое сутокъ; на 4-й день начинается высыпаніе оспы, и съ этого момента лихорадка быстро спадаетъ. Къ числу довольно постоянныхъ симптомовъ продромальнаго періода принадлежатъ рвота, головная боль, запоръ, боль въ поясницѣ, но всѣ они недостаточно характеристичны чтобъ на основаніи ихъ можно бы было узнать оспу до появленія папулъ и пустулъ. Большее діагностическое значеніе имѣетъ

въ это ввемя *продромальная оспенная сыпь,* которая можетъ быть петехіальной и эритематозной.

Первая состоитъ изъ мелкихъ петехій, занимающихъ преимущественно нижнюю часть живота и внутреннюю поверхность бедеръ; эта-то локализація и считается особенно характернымъ признакомъ для оспы. Объ эритематозной сыпи см. болѣзни кожи.

Періодъ высыпанія при оспѣ начинается на 4-й день; сыпь въ видѣ блѣдно-розовыхъ, мелкихъ папулъ, прежде всего появляется на лицѣ, а въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней распространяется на туловище и конечности. Каждая папула постепенно переходитъ въ пузырекъ, который увеличивается до 7-го дня и принимаетъ наконецъ типичную форму плоскаго пузырька съ вдавленіемъ въ серединѣ. Послѣ 7-го дня содержимое пузырька начинаетъ мутиться отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ и на 8—9-й день пузырекъ превращается въ пустулу. На 11—12-й день содержимое пустулъ начинаетъ подсыхать; въ это время больные всего сильнѣе жалуются на зудъ. Чѣмъ сильнѣе оспа, тѣмъ позднѣе начинается подсыханіе и тѣмъ дольше держатся корки; въ случаяхъ средней силы онѣ отпадаютъ къ 30—36-му дню, при чемъ нерѣдко оставляютъ на своемъ мѣстѣ круглые рубцы — рябины.

Лихорадочное состояніе, спустившись до нормы послѣ появленія сыпи, съ 9-го дня вспыхиваетъ снова и держится, если нѣтъ осложненій, 4—6 дней.

Различныя формы оспы. По степени развитія припадковъ и по теченію различаютъ легкія, среднія и тяжелыя формы оспы. О среднихъ рѣчь была выше. Къ тяжелымъ формамъ относятся 1) purpura variolosa, 2) variola haemorrhagica pustulosa и 3) var. confluens.

Самая опасная форма, конечно, *purpura variolosa,* обыкновенно кончающаяся смертью еще до появленія сыпи. Кромѣ быстро наступающаго упадка силъ, главнымъ признакомъ этой формы оспы надо считать кровоподтеки на кожѣ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ.

Var. haemor. pustulosa отличается отъ предыдущей тѣмъ, что кровоточивый діатезъ развивается не въ періодѣ предвѣстниковъ, а во время высыпанія папулъ или въ періодѣ образованія пузырьковъ или пустулъ. Кровоизліянія происходятъ какъ въ самыя оспинки, такъ и въ мѣста кожи, свободныя отъ сыпи.

Var. confluens характеризуется тѣсно сидящей и потому во многихъ мѣстахъ сливающейся сыпью и тяжелымъ лихорадочнымъ состояніемъ.

Къ легкимъ формамъ оспы относится оспа безъ сыпи или безъ лихорадки и разсѣянная или видоизмѣненная оспа — *varioloid*.

Оспа безъ сыпи характеризуется тѣмъ, что все дѣло при ней ограничивается только однимъ продромальнымъ періодомъ, который можетъ протекать со всѣми своими особенностями, каковы: рвота, боль поясницы и продромальныя сыпи. Только въ случаѣ появленія петехіальной сыпи на классическихъ мѣстахъ (нижняя половина живота) можно узнать эту рѣдкую разновидность оспы, во всѣхъ-же другихъ случаяхъ діагностика можетъ быть основана на этіологическихъ моментахъ.

Оспа безъ лихорадки, какъ и безъ сыпи, всегда бываетъ легкимъ заболѣваніемъ. Объ отличіи этихъ формъ легкой оспы отъ варицелли см. слѣдующую главу.

Объ отличіи *варіолоида* отъ оспы можно говорить только въ главныхъ чертахъ: варіолоидъ отличается болѣе легкимъ теченіемъ, меньшею продолжительностью и отсутствіемъ осложненій; въ концѣ 1-го или въ началѣ 2-го дня высыпанія t^{0} обязательно падаетъ до нормы и не подымается больше до самаго конца.

Распознаваніе оспы можетъ представить затрудненіе только въ первые дни заболѣванія. Узнать оспу въ періодѣ предвѣстниковъ, особенно если источникъ зараженія неизвѣстенъ, очень трудно, а иногда и совсѣмъ невозможно. Тяжелыя формы оспы, начинающіяся упорной рвотой, сильной головной болью, высокой лихорадкой и судорогами, съ послѣдующимъ безсознательнымъ состояніемъ, легко принять за *острый менингитъ* или за цереброспинальное воспаленіе, особенно если больной жалуется на сильную боль въ спинѣ и шеѣ и представляетъ хотя бы и легкое сведеніе затылка.

При очень распространенной диффузной эритемѣ, оспа можетъ быть принята за *скарлатину,* но, помимо отсутствія жабы, противъ скарлатины говоритъ еще равномѣрный (не точечный) видъ красноты.

Благодаря рвотѣ и сильному жару, оспа въ продромальномъ періодѣ можетъ быть принята за *gastritis acuta.*

Въ періодѣ высыпанія папулъ оспа можетъ быть смѣшана съ корью, съ вѣтреной оспой и съ папулезной формой кропивницы.

Объ отличіи кори отъ оспы я уже говорилъ, здѣсь же замѣчу только, что если является сомнѣніе, корь ли у больного или оспа, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ спорный вопросъ разрѣшается въ пользу кори.

При *папулезной формѣ кропивницы* сыпь является въ видѣ

блѣдно-розовыхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы папулъ, разбросанныхъ по всему тѣлу, лицу и конечностямъ. Сходство отдѣльныхъ папулъ съ оспенными (на 1-й день высыпанія) можетъ быть поразительнымъ. Противъ оспы въ подобныхъ случаяхъ говоритъ между прочимъ сильный зудъ, котораго въ этомъ періодѣ оспы никогда не бываетъ.

Вѣтреная оспа.

Сыпь при varicella представляетъ чисто *везикулезный* характеръ, въ отличіе отъ оспы, какъ пустулезной формы. Пузырьки величиной отъ головки булавки до крупной горошины окружены краснымъ фономъ, имѣютъ полусферическую форму, безъ центральнаго вдавленія и наполнены прозрачной жидкостью. Пузырьки эти развиваются не изъ папулъ, какъ при оспѣ, а выскакиваютъ прямо на красномъ пятнѣ; для полнаго своего развитія они требуютъ не дней, какъ при оспѣ, а нѣсколькихъ часовъ; если пузырьки, какъ бы мало ихъ ни было, развиваются изъ *папулъ* и потомъ постепенно въ теченіе слѣдующихъ дней превращаются въ пустулы, то это скорѣе ужъ легкая оспа, чѣмъ варицелля. Пузырьки или прямо подсыхаютъ или предварительно содержимое ихъ мутнѣетъ, но до образованія пустулы, заживающей рубцомъ, дѣло не доходитъ, а потому и рябинъ послѣ варицелли не остается. Подсыханіе сопровождается очень замѣтнымъ зудомъ.

Число пузырьковъ при вѣтреной оспѣ такъ же измѣнчиво, какъ и при оспѣ, и колеблется отъ нѣсколькихъ штукъ, разбросанныхъ кое-гдѣ по лицу и спинѣ, до громаднаго числа, такъ что въ этомъ отношеніи между ею и оспой разницы нѣтъ, но нельзя сказать того же про распредѣленіе сыпи. Оспа всего сильнѣе поражаетъ лицо, спину и кисти и почти совершенно не высыпаетъ на животѣ, varicella напротивъ не оказываетъ предпочтенія лицу и вовсе не щадитъ живота.

Существенное отличіе varicella отъ оспы мы имѣемъ еще въ *ходѣ лихорадки*. Varicella протекаетъ или совсѣмъ безъ продромальной лихорадки или повышеніе t^0 начинается лишь за нѣсколько часовъ до высыпанія, тогда какъ при легкой оспѣ бываетъ обыкновенно двух- или трехдневная продромальная лихорадка. Далѣе, съ появленіемъ варицеллезной сыпи лихорадка, въ противоположность оспѣ, не только не исчезаетъ, но даже усиливается, доходитъ до 39—40° и держится на такой высотѣ нѣсколько дней, пока продолжаютъ появляться все новые и новые пузырьки.

Терапевтическій указатель.

Abscessus retropharyngealis. Заднеглоточный нарывъ. Вскрытіе и потомъ шприцованіе рта раза 3—4 въ день 2% растворомъ борной кислоты или: 1) Rp. Saloli 4,0, Spir. vini 40,0, Aq. destill. 160,0. DS. Для шприцованія рта.

Adenitis acuta. При остромъ воспаленіи лимфатическихъ железъ въ первомъ періодѣ — согрѣвающій компрессъ или ватная повязка и разрѣшающія мази, напр. 2) Rp. Iodi puri 0,06 (gr. j), Kali iodati 1,25 (Эj), Lanolini 30,0 (℥j), Ol. provinc. 2,0 (ʒβ); или 3) Hydrarg. bijodati rubri 0,3 (gr. V), Vaselini 30,0 (℥j); или 4) Rp. Plumbi jodati, Ol. provinc., Ol. terebinth. āā 5,0 (ʒj), Empl. plumbi simp. 25,0 (ʒV). M. f. Empl. molle. DS. Намазывать на тряпочку и прикладывать на опухшія железы.

Если, несмотря на это лѣченіе, опухоль увеличивается, кожа лоснится, болѣзненность при давленіи значительна, словомъ, можно ожидать исхода въ нагноеніе, то всего лучше припарки изъ льняного сѣмени.

Amygdalitis, см. angina.

Anaemia. Chlorosis. Чистый воздухъ, моціонъ, ограниченіе умственныхъ занятій, питательная пища, умѣренныя количества вина (по чайной, дессертной, столовой ложкѣ хорошаго портвейна передъ ѣдой, раза три въ день); обтиранія всего тѣла утромъ и вечеромъ водкой, пребываніе на морѣ лѣтомъ и морскія купанья (если только они хорошо переносятся, т.-е. вызываютъ аппетитъ и даютъ хорошій сонъ; если же аппетитъ подъ вліяніемъ купаній въ морѣ уменьшается, сонъ дѣлается тревожнымъ, появляются головныя боли и раздражительность, то ванны изъ подогрѣтой морской воды или просто соленыя ванны).

Изъ внутреннихъ средствъ всего лучше дѣйствуетъ желѣзо, особенно при хлорозѣ.

Выборъ препарата зависитъ отчасти отъ состоянія желудка, отчасти отъ индивидуальности врача. Если ребенокъ умѣетъ глотать пилюли, то всего лучше переносятся пилюли Blaud'a, но въ уменьшенномъ масштабѣ:

5) Rp. Ferri sulphurici cryst., Kali carbon. puri āā ʒj (4,0), Tragacant. q. s. ut f. pil. № 60. Consp. p. lycopod. DS. По 2 пилюли 2 раза въ день послѣ ѣды. (Въ желудкѣ образуется легко варимое углекислое желѣзо, которое in statu nascendi переносится, повидимому, лучше, чѣмъ принятое прямо въ такомъ видѣ).

6) Rp. Ferri carbon. sacch. gr. 1/2—j—jj (0,03—0,06—0,12), Sacch. albi gr. jjj (0,2), Dt. dos. № 12 s. Два порошка въ день. (Слегка вяжущій препаратъ, а потому при наклонности къ запору не годится). Дѣтямъ 1/2 года даютъ по 1/2 грана, старшимъ по 1—2 грана и больше. Еще сильнѣе вяжетъ fer. lacticum, показанъ этотъ препаратъ у анэмиковъ, склонныхъ къ поносамъ, но начинать надо съ еще меньшихъ дозъ, напр., годовалому 1/4 гр. на пріемъ раза 3 въ день, 2—3-лѣтнему по 1/3 гр., старшимъ по 1/2 грана 3 раза въ день; при болѣе упорномъ поносѣ лучше прописывать его съ висмутомъ, а для начала даже съ опіемъ, напр. 7) Rp. Ferri lactici, Pulv. Doveri āā. gr. 1/4—1/3 (0,015—0,02), Bismuthi salicyl. sacchari āā. gr. jj. (0,12), Mf. pulv. Dt. dos. № 12. S. По 1 пор. 3 раза въ день (реб. 1—3 лѣтъ). При остромъ поносѣ желѣзо противопоказано.

При наклонности къ кровотеченіямъ подъ кожу или изъ слизистой оболочки носа лучше:

8) Rp. Liq. ferri sesquichl. gtt. Xjj, Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. cort. aurant. ʒjjj (12,0). MDS. По дессертной ложкѣ 3 раза въ день послѣ ѣды (реб. 3—4 лѣтъ) (приблизительно столько капель liq. fer. sesq. въ день, сколько больному лѣтъ).

Очень легкими препаратами желѣза, не производящими ни запора, ни поноса и пріятными на вкусъ, считаются pyrophosphas ferri et natri и ferrum pyrophosphor. c. ammonio citrico, которые даются маленькимъ дѣтямъ до 1—2 лѣтъ по 1/2 гр. на пріемъ раза 3 въ день, старшимъ по 1—4 грана:

9) Rr. Pyrophosph. ferri et natri gr. j (0,06), Sacchari gr. jjj (0,2). Mf. pulv. Dt. dos. № 12. S. По 1 порошку 3 раза въ день послѣ ѣды (ребенку 4—6 лѣтъ).

Для очень слабыхъ желудковъ, не переносящихъ никакихъ аптечныхъ препаратовъ, можно рекомендовать ту или другую желѣзную воду, въ особенности искусственную пирофосфорную, желѣз-

ную воду Struve, по вкусу очень похожую на обыкновенную зельтерскую воду съ газомъ. Она дается дѣтямъ, какъ питье, во время завтрака и обѣда, отъ 8—12 лѣтъ — по $^1/_2$ бутылки въ день, младшимъ — по $^1/_4$ бутылки.

Anaemia cerebri. Если малокровіе мозга зависитъ отъ обильной потери крови (внутреннее или наружное кровотеченіе) и больной находится въ состояніи близкомъ къ обмороку, то предписывается горизонтальное положеніе на спинѣ, безъ подушекъ подъ голову, со слегка приподнятыми ногами; свѣжій воздухъ, горячіе компрессы на голову, нюханіе нашатырнаго спирта, возбуждающія внутрь (Гофманскія капли, валерьяна), въ крайности подкожное вливаніе физіологическаго (6,0 на 1000) раствора соли въ количествѣ 50—200 грм.

Медленно развивающееся малокровіе мозга вслѣдствіе поносовъ требуетъ регулированія діэты (см. катарры кишекъ), вина и возбуждающихъ (горчичныхъ) ваннъ.

Anchyloglossus. Если подъязычная уздечка слишкомъ коротка или прикрѣпляется близъ кончика языка и препятствуетъ его высовыванію и затрудняетъ сосаніе, то она подрѣзывается ножницами. Если уздечка вмѣсто того, чтобы имѣть видъ тонкой, прозрачной перепонки, представляется толстой, мясистой, то разрѣзаніе ея даетъ поводъ къ болѣе или менѣе значительному кровотеченію, для избѣжанія котораго лучше не дѣлать операціи безъ особой крайности.

Angina catarrhalis. Различнаго рода жабы, т.-е. острыя формы воспаленія зѣва, каковы angina catarrhalis, follicularis, lacunaris и herpes faucii, проходятъ въ нѣсколько дней безъ всякаго лѣченія. Въ періодѣ лихорадки дѣти должны оставаться въ постели; въ случаѣ запора полезно начинать лѣченіе со слабительнаго (касторовое масло, вѣнское питье маленькимъ по чайной, старшимъ по дессертной или столовой ложкѣ, или лимонадъ дѣтямъ 2—3 лѣтъ по $^1/_2$ рюмки черезъ 2 часа до дѣйствія; отъ 4 до 6 лѣтъ по $^1/_2$ стакану). Для полосканья назначается обыкновенно 2% растворъ борной кислоты или салициловаго натра. Въ сомнительныхъ случаяхъ, т.-е. когда точечная жаба напоминаетъ дифтеритъ, то нелишнимъ будутъ помазыванія зѣва растворомъ сулемы 1:1000, напр. 10) Rp. Hydrarg. muriat. cor. 0,05, Aq. destill. 50,0, Ac. tartarici 0,5. DS. Для помазыванія зѣва 2 раза въ день.

Angina diphtheritica требуетъ прежде всего строгой изоляціи больного отъ здоровыхъ. Лѣченіе должно быть общимъ и мѣстнымъ. Первое состоитъ въ употребленіи питательной діэты, вина

(хересъ, портвейнъ и т. п. маленькимъ дѣтямъ до 3-хъ лѣтъ по $^1/_2$ чайной ложки черезъ 2 часа пополамъ съ сахарной водой, старшимъ по чайной или дессертной ложкѣ; коньякъ — вдвое меньшими дозами) и, какъ tonicum, хининъ по $^1/_2$ грана на годъ pro die, напр. ребенку 6-ти лѣтъ:

11) Rp. Chinini muriatici gr. vj (0,4), Sacchari ʒβ (2,0). Mf. pulv. Div. in papt. aeq. № 6. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Мѣстное лѣченіе должно преслѣдовать, главнымъ образомъ, ту цѣль, чтобъ содержать въ чистотѣ полость рта и зѣва; у дѣтей болѣе взрослыхъ эта цѣль достигается частымъ полосканіемъ рта и горла и паровыми пульверизаціями, у маленькихъ дѣтей приходится прибѣгать къ шприцованіямъ рта, къ обтираніямъ его чистой полотняной тряпочкой и тоже къ пульверизаціямъ.

Чтобъ легче заставить ребенка чаще полоскать ротъ, необходимо избѣгать растворовъ, противныхъ на вкусъ, а всего лучше брать совсѣмъ безвкусныя и притомъ безвредныя вещества, напр., отварную воду чистую или съ прибавкой борной кислоты (чайную ложку на стаканъ воды). Полосканье очищаетъ ротъ и почти не касается зѣва, особенно глубокихъ частей его (дѣти неспособны къ этому), поэтому-то и нужны, кромѣ полосканья, еще и паровыя пульверизаціи. Въ видахъ лучшаго разжиженія тягучей связи и слюны, скопляющейся при дифтеритѣ, можно рекомендовать по преимуществу щелочныя средства, напр., известковую воду.

12) Rp. Aq. calcis ℥j (30,0), Aq. destillatae ℥jj (60,0). DS. Для пульверизацій. Или 2% растворъ соды. 13) Rp. Natri bicarbon. ʒβ (2,0), Aq. destil. ℥jjj (100,0). DS. Для пульверизацій.

Смотря по степени болѣзни и по быстротѣ накопленія слизи, дѣлаютъ пульверизаціи въ легкихъ случаяхъ раза три въ день, а въ тяжелыхъ каждые два часа и даже черезъ часъ, хотя бы и не подолгу, напр., въ теченіе 2 — 3 минутъ.

Если ребенокъ не умѣетъ полоскать рта, то очищеніе рта и зѣва производится шприцованіемъ, но конечно не ядовитымъ лѣкарствомъ, такъ какъ при этой процедурѣ часть жидкости обязательно проглатывается больнымъ. Никакого особаго инструмента при этомъ не требуется; берутъ обыкновенную унцовую шприцовку и вводятъ ее въ ротъ ребенку такимъ образомъ, чтобъ наконечникъ былъ обращенъ кверху, т.-е. смотрѣлъ бы въ сторону твердаго нёба; при шприцованіи пускаютъ по возможности сильную струю, которая, ударяясь о нёбо, отскакиваетъ отъ него во всѣ стороны въ видѣ брызгъ и такимъ образомъ обмываетъ весь ротъ;

чтобъ ребенокъ поменьше глоталъ шпринцуемую жидкость, слѣдуетъ держать его слегка наклоненнымъ кпереди.

Въ видахъ воздѣйствія на самый дифтеритическій процессъ, прибѣгаютъ къ непріятнымъ для ребенка помазываніямъ зѣва кисточкой, смоченной тѣмъ или другимъ лѣкарствомъ. Съ этою цѣлью всего больше рекомендуются: чистый скипидаръ, полуторохлористое желѣзо, іодъ и сулема.

14) Rp. Ol. terebint. gal. ℥β (15,0). DS. Наружное.

15) Rp. Liq. ferri sesquichlorati ℈β — ʒβ, Aq. destill. ℥β (0,5—2,0:15,0). DS. Смазывать зѣвъ 2—3 раза въ день.

16) Rp. T-rae iodi ℥β. DS. Смазывать зѣвъ одинъ разъ въ день.

17) Hydrarg. muriat. corros. 0,03, Aq. destill. 30,0, DS. Смазывать зѣвъ 2—4 раза въ день.

Предпослѣднее средство показано въ самомъ началѣ дифтерита и рекомендуется д-ромъ Гольдвугомъ („Мед. Обозр.“, XXXI, с. 641), какъ абортивное; если въ зѣвѣ есть ссадины послѣ отдѣлившихся пленокъ, то смазыванія чистой іодовой настойкой вызываютъ чрезвычайно сильное жженіе; больше одного раза въ сутки смазывать во всякомъ случаѣ не нужно; напротивъ, при употребленіи скипидара или желѣза рекомендуются помазыванія 2—3 раза въ день.

Если дифтеритъ распространяется на слизистую оболочку носа, то необходимо и здѣсь заботиться о чистотѣ посредствомъ повторныхъ (3—4 раза въ день) шпринцованій носа тѣми же растворами известковой воды или соды.

Въ тяжелыхъ случаяхъ дифтерита, протекающихъ съ болѣе или менѣе значительной лихорадкой, даютъ внутрь большія дозы скипидара, дѣтямъ до 2-хъ лѣтъ по $^1/_2$ чайной ложки 2 раза въ день, отъ 2 до 5 лѣтъ — по чайной и старшимъ — по дессертной, запивая его какимъ-нибудь питьемъ, напр., чаемъ или водой съ виномъ; для маскировки вкуса и ради предотвращенія рвоты, скипидаръ прописывается съ эфиромъ: 18) Rp. Ol. terebinth. gal. ℥j (30,0), Aether. sulphur. ℈j (1,0). DS. По $^1/_2$ чайной до дессертн. ложки на пріемъ два раза въ день. Если появляется поносъ или болѣзненное мочеиспусканіе или бѣлокъ въ мочѣ, то средство отмѣняется.

При послѣдовательныхъ параличахъ и анэміи — питательная пища, вино, желѣзо: 19) Rp. Liq. ferri sesquichl. Glycerini āā ʒj (5,0). DS. По 1—10 капель на пріемъ, смотря по возрасту (т.-е. по 1 каплѣ на годъ) 3 раза въ день послѣ ѣды.

При распространеніи паралича — гальванизація мышцъ слабыми токами и подкожныя инъекціи стрихнина: 20) Rp. Strichnini sulphur.

gr. $^1/_2$ (0,03), Aq. destill. ℥j (30,0). DS. Для подкожныхъ инъекцій разъ въ день по $^1/_4$ шприца, постепенно восходя до цѣлаго.

Angina phlegmonosa. Когда миндалины значительно опухаютъ и дѣло идетъ къ образованію нарыва, то блистательное дѣйствіе въ видѣ моментальнаго и значительнаго облегченія оказываютъ скарификаціи воспаленной миндалевидной железы. Если нарывъ уже образовался, то его нужно немедленно вскрыть, хотя бы простымъ проколомъ остроконечнымъ, узкимъ бистури, а потомъ назначить то или другое изъ вышеприведенныхъ полосканій.

Angina ulcerosa. Язвенная жаба, или вонючее воспаленіе зѣва, сопровождающаяся образованіемъ толстаго, желтовато-сѣраго экссудата на миндалинахъ, всего лучше уступаетъ наружному и внутреннему употребленію 2% бертолетовой соли: 21) Rp. Kali chlorici 2,0, Aq. destill. 100,0 Syr. 10,0. DS. По чайной—дессертн. ложкѣ черезъ 2 часа.

Англійская болѣзнь, см. rachitis.

Ascaris lumbricoides, см. глисты кишечнаго канала.

Asthma bronchiale. Въ видахъ причиннаго лѣченія обратить вниманіе, нѣтъ ли у больного признаковъ гиперплязіи бронхіальныхъ железъ, золотухи, рахитизма, хроническаго насморка или бронхита, анэміи, гипертрофіи тонзилъ. При часто возвращающихся приступахъ полезны бромиды, напр. 22) Natri brom., Kali brom., Ammon. brom. āā ʒβ (2,0). Aq. destill. ℥jv (120,0). DS. По дессертной ложкѣ 4 раза въ день (для ребенка 6—10 лѣтъ), а также antipyrinum и хлораль- 23) Rp. Antipyrini gr. V (0,3) Dt. Dos. № 12. Четыре раза въ день по порошку (ребенку 8—12 лѣтъ). 24) Rp. Chlor. hydrati ʒj (4,0), Dti rad. alth. ℥jjj (90,0), Syr. ʒjjj (12.0). DS. Черезъ 2 часа по десс. ложкѣ до сна или до замѣтнаго облегченія (реб. 8—12 л.).

Ascites требуетъ главнымъ образомъ причиннаго лѣченія (болѣзни сердца, печени, почекъ, общее истощеніе вслѣдствіе хроническаго поноса). При чрезмѣрномъ скопленіи жидкости, стѣсняющемъ дыханіе,—проколъ живота.

Asphyxia neonatorum, см. смерть мнимая новорожденныхъ.

Atelectasis pulmonum. Лѣченіе пріобрѣтеннаго ателектаза легкихъ совпадаетъ съ лѣченіемъ капиллярнаго бронхита и катарральной пневмоніи. При врожденномъ ателектазѣ, выражающемся остановкой дыханія и явленіями асфиксіи, показаны всѣ способы, рекомендуемые для оживленія мнимо-умершихъ новорожденныхъ. Въ легкихъ случаяхъ (замедленный пульсъ, ціанозъ лица) бываетъ достаточно раз-

драженій кожи, въ видѣ, напр., прикладыванія на грудь кусочка ваты, смоченной горчичнымъ спиртомъ, опрыскиванія груди комнатной водой; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ попеременное опусканіе ребенка то въ теплую, то въ холодную ванну. Въ высшихъ степеняхъ асфиксіи, когда ребенокъ не реагируетъ на раздраженіе кожи (потеря рефлексовъ, нитевидный, частый пульсъ, блѣдное лицо), необходимо искусственное дыханіе по методу Marschall-Hall'я или Schultze. Послѣ оживленія надо заставлять ребенка время отъ времени (напр. черезъ 1—2 часа) кричать, для чего растираютъ его водкой или причиняютъ ему какое-либо другое раздраженіе. Если ребенокъ такъ слабъ, что не беретъ груди, то кормятъ его съ ложечки.

Атрофія дѣтей, зависящая отъ хроническаго голоданія, а не отъ какой-либо опредѣленной болѣзни, требуетъ регулированія діэты въ видѣ перемѣны кормилицы или прикармливанія по правиламъ дѣтской діэтетики (см. Диспепсію).

Афты рта, см. болѣзни рта.

Базилярный менингитъ, см. Meningitis tuberculosa.

Balanitis, Balanopostitis — воспаленіе крайней плоти у дѣтей въ громадномъ большинствѣ случаевъ зависитъ отъ скопленія смегмы около corona glandis, для удаленія которой необходимо устранить сначала физіологическое сращеніе крайней плоти съ головкой, а потомъ обмыть послѣднюю борной водой. Послѣ того раза два въ день проширинцовывать подъ крайнюю плоть той же борной водой.

Бленоррея глазъ у новорожденныхъ. Какъ предохранительное средство, рекомендуется обмываніе глазъ новорожденнаго непосредственно послѣ родовъ и впусканіе 2% раствора ляписа. Если гноетеченіе изъ глаза уже появилось, то въ легкихъ случаяхъ достаточно ежедневно, раза по два, промывать глаза 3% растворомъ борной кислоты; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ прижигаютъ вѣки 10% растворомъ ляписа и тотчасъ же нейтрализуютъ растворомъ поваренной соли.

Бленоррея vulvae, см. болѣзнен. мочеиспусканіе.

Болотная лихорадка, см. перемежающаяся лихорадка.

Болѣзненное мочеиспусканіе требуетъ, смотря по причинамъ, различнаго лѣченія. У новорожденныхъ при мочевомъ пескѣ — щелочи (2% natr. bicarbon. по $1/2$ чайной ложки черезъ 2 часа) у дѣтей до года, при phymosis и сращеніи крайней плоти съ головкой — отдѣленіе плоти отъ головки. При полномъ задержаніи мочи у ново рожденныхъ отъ врожденнаго закрытія мочеиспускательнаго ка

нала — операція. У болѣе взрослыхъ дѣтей при balano-postithis насильственное отдѣленіе praeputium отъ головки, обнаженіе послѣдней для удаленія смегмы и ежедневныя шпринцованія подъ praeputium простой, прохладной водой и потомъ смазываніе головки масломъ. Выздоровленіе наступаетъ въ 2—3 дня.

У дѣвочекъ при бѣляхъ (vulvitis и vulvo-vaginitis, fluor albus)— ежедневныя, двукратныя подмыванія растворомъ квасцовъ изъ чайной ложки на стаканъ воды; на ночь закладывать между срамныхъ губъ продолговатый комокъ ваты въ палецъ толщиной, смоченный 2% растворомъ таннина. Если гной показывается изъ влагалища, то осторожныя шпринцованія слабымъ растворомъ цинка (Zinci sulphur. gr. j, Aq. ℥j) или введеніе іодоформенныхъ желатинныхъ палочекъ.

25) Rp. Iodoformii gr. jj (0,12), Gelatin. gr. V (0,3). Mf. bacil. Dt. dos. № 6. S. Вводить разъ въ день in vaginam.

Обратить вниманіе, нѣтъ ли острицъ. Въ другихъ случаяхъ поддерживающей причиной бываетъ золотуха или малокровіе.

При urethritis orificii externi penis—прижиганіе ляписомъ и для устраненія боли непосредственно послѣ того прикладываніе холодныхъ компрессиковъ въ теченіе 1—2 минутъ.

При очень кислой мочѣ — щелочи, щелочныя минеральныя воды, ограниченіе мясной пищи.

При катаррѣ мочевого пузыря: въ острыхъ случаяхъ—kali chloricum (см. болѣзни рта), согрѣвающій компрессъ на нижнюю часть живота, теплыя ванны, молочная діэта, устраненіе причины (vulvitis, пріемы скипидара, мушки).

Въ хроническихъ случаяхъ: въ случаѣ камня—операція, а если отъ неизвѣстныхъ причинъ (рѣдко), то вяжущія внутрь.

26) Rp. Aluminis gr. Əj, Aq. destill. ℥jjj. DS. По чайной или дессертной ложкѣ черезъ 2 часа. У дѣтей старшаго возраста, промыванія пузыря теплыми растворами дезинфецирующихъ средствъ (ac. boricum 2%).

Болѣзни рта требуютъ прежде всего опрятности въ содержаніи рта, что достигается у болѣе взрослыхъ дѣтей полосканіемъ рта прохладной водой или нижеприведенными лѣкарствами, а у маленькихъ шпринцованіемъ рта обыкновенной шпринцовкой или обтираніемъ мокрымъ, мягкимъ, чистымъ полотномъ или, если такое обтираніе болѣзненно или вызываетъ кровотеченіе изъ пораженной слизистой оболочки, то кисточкой.

Изъ лѣкарствъ употребляются: при *soor*—borax и natrum sali-

cylicum (оба дѣйствуютъ одинаково хорошо), при *stomatitis aphthosa* — natrum salicylicum; при *stomacace* (вонючее воспаленіе рта съ изъязвленіемъ десенъ) — kali chloricum (вѣрно и быстро дѣйствующее средство какъ при наружномъ, такъ и при внутреннемъ употребленіи).

27) Rp. Boracis ven. ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (100,0). MDS. Обтирать мѣста, пораженныя молочницей, каждые 2 часа и послѣ кормленія. 28) Natri salicylici ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (100,0). MDS. Смазывать кисточкой ротъ (при афтахъ) или для полосканья. 29) Rp. Kali oxymuriatici ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (100,0). DS. Полосканье (при stomacace).

Въ томъ же видѣ или съ прибавкой сиропа (ʒjjj) можно давать это средство и внутрь, если ребенокъ не умѣетъ полоскать ротъ. Такъ какъ kali chloricum принадлежитъ къ числу неиндифферентныхъ средствъ и, будучи принимаемъ въ большихъ дозахъ, можетъ вызвать отравленіе вслѣдствіе разрушенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, выражающееся гемоглобинуріей, желтухой, упадкомъ силъ, рвотой и ціанозомъ, то при дозировкѣ его слѣдуетъ быть осторожнымъ и давать дѣтямъ не болѣе 5 гранъ на годъ въ день (взрослому максимальная суточная доза ʒβ—jj).

Вышеприведенную микстуру, напр., можно давать ребенку 5-ти лѣтъ черезъ 2 часа по дессертной ложкѣ, двухлѣтнему—по чайной, да и то не на тощій желудокъ.

Noma. Такъ какъ ракъ щеки въ большинствѣ случаевъ развивается изъ stomacace и всегда поражаетъ истощенныхъ дѣтей, то профилактическое лѣченіе требуетъ назначенія ребенку питательной діэты и вина и kali chloricum, какъ лѣкарства.

30) Rp. D-ti cort. chinae reg. ex ℈j ad ℥jjj (1,5—90,0), Kali chlorici ʒβ (2,0). MDS. Черезъ 2 часа по чайной или дессертной ложкѣ (для ребенка 2—6 лѣтъ).

Діэта: молоко, яйца въ смятку, мясо. Если началось ужъ изъязвленіе щеки, то попытаться остановить дальнѣйшее распростра неніе процесса посредствомъ присыпки язвы порошкомъ бертолетовой соли.

31) Rp. Kali chlorici pulv. ℥β. DS. Для присыпки язвы раза 3 въ день. Если подъ вліяніемъ такого лѣченія въ теченіе сутокъ вонь значительно уменьшилась, то продолжать присыпку еще сутки, а потомъ можно ужъ довольствоваться однимъ полосканіемъ. Если же язва продолжаетъ распространяться и вонь дѣлается еще сильнѣе, то нужно, не медля, прибѣгнуть къ прижиганію язвы крѣпкой азотной кислотой.

32) Rp. Acidi nitrici puri ℥β (15,0). DS. Для прижиганія. Сначала подъ хлороформомъ удаляютъ съ поверхности язвы острой ложечкой всѣ омертвѣвшія части, потомъ обмакиваютъ въ кислоту стеклянную (или деревянную, но отнюдь не металлическую) палочку и оставшуюся на концѣ ея каплю переносятъ на язву и такъ повторяютъ нѣсколько разъ, пока вся поверхность язвы не покроется струпомъ.

Pityriasis linguae—ландкартообразное шелушеніе языка, не требуетъ лѣченія, если оно не сопровождается трещинами слизистой оболочки языка; въ противномъ случаѣ употребляются слизистые растворы или вяжущіе, напр.

33) Rp. Mucilag. gummi arab. ℨ DS. Для помазыванія языка.

34) Rp. T-rae ratanhiae ℨβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (100,0). DS. Полосканіе.

Бородавки прижиганія Kali caustico fus.

Bothriocephalus latus см. глисты кишечнаго канала.

Bright'ова болѣзнь см. nephritis.

Бронхіальный катарръ. Въ острыхъ формахъ, начинающихся съ сильной лихорадки и насморка (influenza), — хининъ столько гранъ, сколько больному лѣтъ, 2 раза въ день, и, кромѣ того, противъ сухого кашля — разрѣшающія (см. ложный крупъ) и наркотическія, напр. Доверовъ порошокъ по $^1/_2$ грана на годъ въ два пріема, утромъ и вечеромъ; морфій (1 гранъ на унцію воды, по 2 капли на годъ, 2—3 раза въ день), кодеинъ по $^1/_{20}$ гр. на годъ въ 2 пріема, напр. 35) Rp. Codeini gr. jj (0,15), Sacch. ℈jj (2,5). Mf. pulv. Dos. in № 20. S. 2 раза въ день (ребенку 3—4 лѣтъ). Въ періодѣ разрѣшенія катарра, при большомъ количествѣ влажныхъ хриповъ — сенега, анисовыя капли: 36) Rp. Inf. rad. pol. senegae ex ℈j—ℨj ad ℥jj (1,25—4,0 : 60,0), Liq. ammon. anis. gtt. XX—ℨβ, Syr. ipecac. ℥jj (8,0). DS. Черезъ 2 часа по $^1/_2$ чайной до дессерт. ложки, смотря по возрасту.

При *капиллярномъ бронхитѣ* ту же микстуру, вино и согрѣвающій компрессъ вокругъ всей грудной клѣтки.

При *хроническомъ бронхитѣ*, который сопровождается обыкновенно рахитизмомъ, золотухой или анэміей, необходимо общее укрѣпляющее лѣченіе, смотря по показаніямъ. При большомъ количествѣ влажныхъ хриповъ полезны вдыханія паровъ скипидара: 10 капель ol. terebinth. на бутылку горячей воды; больной дышитъ надъ горлышкомъ бутылки по 5 минутъ, раза 3—4 въ день. Подобныя вдыханія особенно полезны при расширеніяхъ бронховъ съ обильной вонючей мокротой.

Bronchopneumonia s. pneumonia catarrhalis. Такъ какъ катаральное воспаленіе легкихъ сопровождается обыкновенно значительнымъ бронхитомъ со скопленіемъ большого количества слизвъ бронхахъ, то narcotica неумѣстны; здѣсь показаны по преимуществу отхаркивающія и возбуждающія: 37) Rp. Inf. r. senegae ʒβ—j : ℥jjj (2,0—4,0 : 90,0), Liq. ammon. anis. gtt. XXX, Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Чр. 2 часа по чайной или дессертн. ложкѣ, или 38) Rp. Flor. benzoes gr. $^1/_2$—j (0,03—0,06), Sacchari gr. jjj (0,2). Dt. Dos. № 10. S. Чрезъ 2 часа по порошку (дѣтямъ 2—6 л.).

Брюшной тифъ и сыпной. Въ большинствѣ случаевъ лихорадка отличается доброкачественнымъ характеромъ и потому вообще болѣзни эти не требуютъ никакого лѣченія, кромѣ извѣстнаго режима. Твердой пищи нельзя давать до полнаго прекращенія лихорадки. При болѣе или менѣе тяжелыхъ нервныхъ явленіяхъ — противолихорадочный способъ лѣченія (см. скарлатина); лѣченіе поноса— опіемъ, висмутомъ и др. и кашля — см. бронхіальный катарръ). Въ видахъ абортивнаго лѣченія тифа рекомендуется каломель въ большихъ дозахъ (какъ слабительное) примѣрно по 1 гр. черезъ часъ до дѣйствія.

Бѣли см. болѣзненное мочеиспусканіе.

Variola см. оспа.

Varicella не требуетъ лѣченія. Для уменьшенія зуда смазываютъ все тѣло прованскимъ масломъ.

Werihof'ова болѣзнь см. пурпура.

Виттова пляска chorea minor. При явно ревматическомъ происхожденіи: 39) Rp. Natri salicyl. gr. V (0,3). Dt. dos. № 12. S. По порош. 3—4 раза въ день (реб. 6—10 лѣтъ).

При малокровіи и общемъ упадкѣ питанія—укрѣпляющее лѣченіе питательной діэтой, виномъ, желѣзомъ или мышьякомъ (о препаратахъ желѣза см. анэмію): 40) Rp. Liq. arsenic. Fowl. ʒj (5,0), Aq. destill. (Elex. viscer. Hoff.) ℥β (20,0). DS. По 5 капель 3 раза въ день послѣ ѣды, каждый день прибавляя по 1-й каплѣ на пріемъ, пока не дойдутъ до 10—15 капель. Стоять на этой дозѣ недѣлю или двѣ и потомъ спускаться также постепенно до начальнаго пріема.

Если желудокъ хорошо переноситъ мышьякъ (нѣтъ ни тошноты, ни поноса), а chorea не проходитъ, то можно итти дальше, напр. для 8-лѣтняго до 20 капель.

Если ребенокъ умѣетъ глотать пилюли, то при малокровіи хорошо комбинировать мышьякъ съ желѣзомъ, напр.

41) Rp. Ac. arsenicosi gr. j (0,06), Ferri hydrogen. red. Эjβ (2,0), Extr. trifol. fibr. q. s. ut. f. pil. № 60. Consp. p. lycop. DS. По 1 пил. 3 раза въ день послѣ ѣды (реб. 7—10 лѣтъ).

При очень большомъ безпокойствѣ, особенно при безсонницѣ, хорошо соединять мышьякъ съ опіемъ:

42) Rp. Liq. arsenic. Fowleri ʒj (5,0), T-rae opii simpl. Elex. viscer. Hoff. āā ʒjj (10,0). DS. По 5 капель 3 раза въ день, постепенно восходя.

Чтобъ не усиливать безъ нужды дозу опія, лучше выписывать его отдѣльно и прибавлять его только къ вечернему пріему кап. 3—5, смотря по возрасту.

Вообще говоря, мышьякъ полезенъ при затяжной хореѣ, проявляющейся слабо-выраженными хореическими движеніями; напротивъ того при сильно выраженной хореѣ, съ острымъ началомъ, лучше большія дозы бромистыхъ препаратовъ или хлораль.

43) Rp. Natri bromati, Kali bromati, Ammon. brom. āā ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥vj (200,0). DS. По столовой ложкѣ въ $^1/_2$ рюмки зельтерской воды 3 раза въ день (ребенку 8—10 л.). Въ случаѣ надобности можно увеличивать пріемъ въ $1^1/_2$—2 раза.

По современному воззрѣнію, комбинація различныхъ солей брома дѣйствуетъ лучше, чѣмъ любая соль, взятая въ отдѣльности; нѣкоторые утверждаютъ, что комбинированныя соли не только не вызываютъ при продолжительномъ употребленіи угрей, но даже будто бы устраняютъ ихъ, если они явились подъ вліяніемъ какой-либо отдѣльной соли.

44) Rp. Hydrati chlorali ʒj (4,0), D-ti rad. altheae ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj. DS. По дессертной — столовой ложкѣ 3 раза въ день (реб. 6—10 лѣтъ).

Водянка живота см. ascites.

Водянка яичка hydrocele у новорожденныхъ и у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни исчезаетъ сама собой и лѣченія стало быть не требуетъ; если-же не только не проходитъ, но даже увеличивается, то, какъ и у взрослыхъ, лѣченіе оперативное.

Воспаленіе брюшины см. peritonitis.

„ **грудныхъ железъ** см. mastitis.

„ **легкаго катарральное** см. бронхопневномія.

„ **легкаго крупозное** см. pneumonia cruposa.

„ **мозговыхъ оболочекъ** см. meningitis.

„ **почекъ** см. nephritis.

„ **рта** см. болѣзни рта.

Vulvitis см. болѣзненное мочеиспусканіе.

Гангрена легкаго. Питательная діэта, вино, вдыханіе скипидара (10 капель на бутылку горячей воды) или внутрь, напр. 45) Rp. Ol. terebinth. rectif. gtt. X, Mixt. gummos. ℥jj (60,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной или дессертн. ложкѣ. 46) Rp. Extr. cort. chinae reg. ʒβ (2,0), Kali chlorici gr. X (0,6), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. ʒjjj (10,0) DS. Какъ и предыдущая. 47) Rp. Kreosoti gtt. X, Spir. aether. gtt. Vjj, Aq. ℥jj (60,0), Sacch. ʒjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной. 48) Rp. Terpini hydrati ʒβ (2,0), Spirit. Aq. dest. syr. menth. āā ℥jj (60,0). DS. 4 раза въ день по чайной или дессертн. ложкѣ.

Гангрена пупка. Дезинфекцирующія присыпки, напр. 49) Rp. Iodoli 10,0. DS. Присыпка или мази: 50) Rp. Ac. salicylici 1,0, Axung. porci 15,0. Ds. Мазь.

Gastritis acuta. При остромъ катаррѣ желудка у дѣтей старшаго возраста абсолютное воздержаніе отъ пищи въ теченіе сутокъ, а для питья — ледяная вода маленькими порціями. При запорѣ calomel pro laxans по $^1/_2$ gr. (0,03) на пріемъ черезъ 1—2 часа, до дѣйствія. Позднѣе щелочныя минеральныя воды.

Gastritis toxica. При отравленіи щелочами (нашатырнымъ спиртомъ, щелокомъ) показаны растительныя кислоты въ видѣ лимонада или уксуса, разведеннаго водой. При отравленіяхъ кислотами даютъ соду, магнезію, мѣлъ. Холодное питье и холодные компрессы на область подложечки.

Haematemesis. Холодные компрессы на животъ, холодное питье и внутрь: 51) Rp. Liq. ferri sesquichlorati Glycerini aa 5,0. DS. По 1 каплѣ въ ложечкѣ холодной воды черезъ 2 часа (для новорожденнаго).

Haematuria см. nephritis.

Hemicrania см. головная боль.

Hernia umbilicalis. При пупочной грыжѣ на пупокъ накладывается небольшой пелотъ, который удерживается широкимъ фланелевымъ бинтомъ или полосками липкаго пластыря.

Herpes tonsurans. Всѣ волоса коротко остричь, а въ окружности больныхъ мѣстъ выдергать; корки и чешуйки удалить, намазавши ихъ предварительно масломъ, и потомъ смыть теплой водой съ мыломъ или мыльнымъ спиртомъ, послѣ того намазывать пораженныя мѣста 2 раза въ день: 52) Rp. Hydrarg. muriat. corros. gr. j—jj (0,06—0,12), Axung porci. ℥j (30,0). DS. Мазь. Если послѣ нѣсколькодневнаго употребленія мази кожа начинаетъ

краснѣть или воспаляться, то остановиться съ помазываніями и выждать прекращенія реакціи.

Herpes zoster — посыпать мѣста занятыя пузырьками крахмаломъ.

Hydrocephaloid — лѣчить надо поносъ, какъ причину анэміи мозга, и давать возбуждающія (см. cholera infantum).

Hydrocephalus acutus см. meningitis.

Гипертрофія миндалинъ. Если продолжительное, напр. въ теченіе 1—2 мѣсяцевъ, — мѣстное лѣченіе посредствомъ вяжущихъ смазываній железъ: 53) (Rp. Aluminis crudi. Gummi arab. āā 5,0. DS) не ведетъ къ цѣли, то показано удаленіе миндалинъ тонзилотомомъ или ножомъ.

Глисты кишечнаго канала.

Ascaris lumbricoides 54) Rp. Santonini gr. j. (0,06), Sacchari gr. jjj (0,2). Mf. pulv. Dt. dos. № 9. S. По 1 порош. 3 раза въ день (рсб. 5—8 л.). Послѣ послѣдняго порошка — слабительное.

Сантонинъ принадлежитъ къ числу сильнодѣйствующихъ средствъ и по нашей фармакопеѣ высшая доза его приравнивается къ опію, т.-е. позволяется давать взрослому 3 гр. на пріемъ и только 6 гр. pro die; по расчету, ребенку 2—3 лѣтъ слѣдовало бы давать только $^1/_4$ гр. на пріемъ и 1 гр. въ день, но наблюденіе показываетъ, что можно переступать эти предѣлы и безнаказанно назначать дѣтямъ двухъ лѣтъ 2 грана pro die, а потомъ на каждый годъ прибавлять по $^1/_2$ грана, напр., ребенку 6-ти лѣтъ — 4 гр., 8-лѣтнему 5 гранъ и т. д.

Болѣе дешевое, но зато и болѣе противное, хотя и не менѣе вѣрно дѣйствующее цытварное сѣмя — sem. cinae дается дѣтямъ отъ 3 до 10 гранъ на пріемъ, 3—4 раза въ день.

Припадки отравленія сантониномъ выражаются рвотой, головокруженіемъ, общей слабостью и наконецъ судорогами. Въ легкихъ случаяхъ отравленіе выражается хроматопсіей и очень интенсивно окрашенной мочей, причиняющей иногда чувство садненія при мочеиспусканіи.

Oxyuris vermicularis всего скорѣе устраняется клистирами съ прибавкой небольшого количества сулемы; клистиры должны быть прохладные и большіе, чтобъ недолго задерживались въ кишкахъ, напр. ребенку до 2—3 лѣтъ изъ 1—$1^1/_2$ стакана, старшимъ до 3-хъ стакановъ (изъ Эсмарховской кружки). При дозировкѣ сулемы слѣдуетъ имѣть въ виду, чтобъ общее количество сулемы, вводимое въ прямую кишку, не превышало $^1/_4$ грана.

55) Rp. Hydrarg. bichlor. corros. gr. j (0,06), Aq. destill. ℥vj (180,0). DS. Столовую ложку на стаканъ воды для клистира. (Слѣдов. на 3 стакана 3 ложки, что и составитъ $^1/_4$ gr.).

Берутъ также для клистировъ отваръ чеснока въ молокѣ ($^1/_2$ луковицы на стаканъ) или настой полыни и др.

Въ первое время клистиры ставятся утромъ и вечеромъ, а когда зудъ по вечерамъ перестаетъ безпокоить больного (что бываетъ дня черезъ 3), то только по вечерамъ еще дней 10.

Симптоматически противъ зуда in ano — смазывать окружность задняго прохода чистымъ скипидаромъ или сѣрной мазью.

56) Rp. Ung. grisei ℥β. DS. Наружное.

Taenia solium и *T. mediocanellata* и *botriioceph. latus* требуютъ одинаковаго лѣченія. Лучшими средствами считаются свѣжіе препараты папоротника (filix mar) и коры гранатоваго корня.

Секретъ лѣченія солитера состоитъ въ назначеніи возможно большихъ пріемовъ названныхъ средствъ. Въ виду противнаго вкуса, всего лучше прописывать ихъ въ пилюляхъ, если только ребенокъ умѣетъ глотать пилюли.

57) Rp. Extr. filicis maris aether, Pulv. fil. mar. āā. ʒj (4,0). Mf. pil. № 40. Consp. p. lycop. DS. Утромъ натощакъ принять въ теченіе 1—1$^1/_2$ часа (для ребенка 6 лѣтъ). Вообще можно назначать по 10 гранъ экстракта на годъ, напр. для ребенка 10 лѣтъ драхму и два скрупула. 58) Rp. Extr. filic. mar. aeter., Extr. cort. radicis pun. granati recente praep. āā ʒj (4,0), Pulv. punici. gran. q. s. ut. f. pil. № 40. Consp. p. lycop. DS. Принять утромъ въ 4 пріема (ребенку 6—8 лѣтъ).

Если нѣтъ свѣжаго экстракта, то лучше настой:

59) Rp. Cort. rad. granat. ℥j—jj (30,0—60,0) infunde aq. frigid. ℥X (300,0). Macera per duodecem horas tum coque usque ad. col. ℥vjjj (250,0) adde Syr. simplicis ℥j (30,0). DS. Принять утромъ въ 4 пріема въ теченіе 1—1$^1/_2$ часа. Для маленькихъ дѣтей прописываютъ папоротникъ съ камалою въ видѣ кашки, напр. для ребенка 3-хъ лѣтъ. 60) Rp. Pulv. camalae. Extr. filicis mar. aet. aa ʒβ (2,0), Syr. simpl. et pulv. gummos. q. s. ut. f. electuarium. DS. Принять утромъ въ 3 пріема въ теченіе часа. Хорошо дѣйствуетъ и kusso, порошокъ котораго прописывается примѣрно по 1—1$^1/_2$ скрупула на годъ, напр. 61) Rp. Pulv. flor. kusso ʒjj (8,0), Mel. despumati q. s. ut. f. electuarium. DS. Принять въ 2—3 пріема въ теченіе часа (реб. 6—8 лѣтъ).

Накануне лѣченія какимъ бы то ни было средствомъ полезно

подержать нѣкоторую діэту: кромѣ супа и мяса даютъ ребенку соленыя вещи и лукъ, а для питья всего лучше эмульсію изъ тыквенныхъ сѣмянъ, которая ужъ сама по себѣ можетъ при случаѣ изгнать солитера. Утромъ въ день лѣченія даютъ чашку чернаго кофе, потомъ то или другое лѣкарство и черезъ 2 часа послѣ послѣдняго пріема слабительное. Если глиста уже показалась, но не выходитъ, то дѣлаютъ вливаніе эсмарховской кружкой теплой воды въ количествѣ 2—3 стакановъ.

Головная боль. Въ острыхъ случаяхъ (при лихорадочномъ состояніи) холодъ на голову и горчичники между лопатокъ. При хронической головной боли, ради удовлетворенія причиннаго показанія, можетъ потребоваться прекращеніе занятій, устраненіе пороковъ глазъ—очками, лѣченіе анэміи и нервности, хроническаго насморка, болѣзней мозга. При частыхъ мигреняхъ (наслѣдственныхъ) лучшими средствами считаются антифебринъ (въ 4 раза меньше гранъ, чѣмъ сколько лѣтъ больному, 2 пріема черезъ 15—30 минутъ одинъ послѣ другого), фенацетинъ и антипиринъ (оба по стольку гранъ, сколько больному лѣтъ, тоже два пріема). При перемежающейся головной боли — хининъ.

Головная водянка см. Meningitis.

Гриппъ см. бронхіальный катарръ.

Грудница см. mastitis.

Dentitio difficilis см. прорѣзываніе зубовъ.

Dysenteria s. **enteritis follicularis.** При кровавомъ или слизистомъ поносѣ необходима строгая діэта; дѣтямъ старшаго возраста нельзя давать ни мяса, ни хлѣба, а только жидкую пищу и притомъ маленькими порціями, напр. молоко и супъ дессертными ложками или столовыми; также слизистые и овсяные супы и чай. Лѣченіе начинается со слабительнаго: грудному чайную ложку ol. ricini, дѣтямъ 2—4 лѣтъ дессертную, или 62) Rp. Ol. ricini ʒjj (10,0), Aq. destill. ℥jj (80,0), Mucil. g. arab. q. s. ut. f. emuls. Syr. simpl. ʒjj (10,0). DS. Черезъ часъ по чайной ложкѣ до появленія каловаго стула (ребенку 5—8 мѣсяцевъ). 63) Rp. Calomelani gr. $^1/_4$. Saccհari gr. jjj. Mf. pulv. D. t. dos. № 8. S. Черезъ часъ по порошку до обильнаго зеленаго стула (ребенку [illegible]—1 года).

Каломель очень часто употребляется въ дѣтской практикѣ, то какъ слабительное, то какъ противо воспалительное средство Въ первомъ случаѣ онъ назначается въ сравнительно большихъ дозахъ: грудному $^1/_4$—$^1/_8$ грана; отъ 2—4 лѣтъ по $^1/_2$ гр. и старшимъ

по грану черезъ часъ до дѣйствія. Во второмъ случаѣ онъ прописывается по $^1/_{20}$—$^1/_{12}$ гр. на пріемъ. У дѣтей, имѣющихъ до 20 зубовъ, продолжительное (нѣсколькодневное) употребленіе этого средства можетъ быть причиной тяжелаго язвеннаго воспаленія рта, для предотвращенія котораго полезно назначать одновременно съ каломелемъ полосканье изъ kali chloricum.

Послѣ дѣйствія слабительнаго дается опій въ слизистой или масляной микстурѣ: 64) Rp. D-ti salep. ℥ij (60,0), T-ra opii simp. gtt. v. Syr. simpl. ʒijj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (ребенку 1—2 лѣтъ). 65) Rp. Ol. amygdal. dulc. ʒijj (10,0). Aq. destill. ℥ij (80,0). Mucil. g. arab. q. s. ut. f. emuls. T-rae opii simp. gtt. v, Syr. simpl. ʒij (10,0). DS. черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

При боляхъ живота — согрѣвающій компрессъ на животъ, а при частыхъ тенезмахъ — успокоивающіе клистиры, которые должны быть невелики (не болѣе 1—2 стол. ложекъ) и непремѣнно подогрѣты (29—30 R.). Дѣлаютъ ихъ 2—3 раза въ день изъ отвара крахмала (чайную ложку крахмала на стаканъ воды) или льняного сѣмени съ опіемъ.

66) Rp. D-ti sem. lini s. d-ti amyli ℥ij. T-rae opii simpl. gtt. vj. DS. 1—2 столов. ложки на клизму (ребенку $^1/_2$—2 лѣтъ).

Нѣкоторые больные не переносятъ клистировъ, но хорошо успокоиваются отъ свѣчей съ опіемъ или кокаиномъ:

67) Rp. Butyr. cacao gr. X (0,6), Extr. opii aquos. gr. $^1/_8$—$^1/_2$ (0,0075—0,03). Mf. supposit. D. t. dos. № 6. Вводить 2 раза въ день (ребенку 2—5 лѣтъ).

При дозировкѣ экстракта опія, одинъ гранъ его считается равнымъ 10 гр. Доверова порошка, значитъ какъ и чистый порошокъ опія.

68) Rp. Butyr. cacao gr. X (0,6), Cocaini muriat. gr. $^1/_4$—$^1/_2$ (0,015—0,03). M. f. supposit. D. t. dos. № 6. Вводить 2—3 раза въ день (для ребенка 2—5 лѣтъ).

Высшая доза кокаина равняется опію; значитъ, за среднюю дозу можно принять $^1/_{10}$ грана pro die на каждый годъ.

Если первый пріемъ слабительнаго не вызвалъ надлежащаго дѣйствія или если облегченіе, наступившее было послѣ слабительнаго, опять уступило мѣсто частымъ тенезмамъ и жиленію, то полезно повторить laxans дня черезъ два.

Диспепсія у грудныхъ дѣтей требуетъ прежде всего регулированія діэты. Если ребенокъ находится при груди, то даютъ ему

сосать въ первые три мѣсяца черезъ 2 часа днемъ и 2 раза ночью, позднѣе — черезъ 3 часа днемъ и разъ ночью, при чемъ соблюдается очередь между грудями. Если у кормящей слишкомъ много молока, то не слѣдуетъ его сдаивать передъ кормленіемъ (сдаивается жидкое молоко, а остается болѣе густое), а лучше уменьшить время сосанія; если напр., ребенокъ сосетъ обыкновенно около 15 минутъ, то оставлять его при груди минутъ 8. Кормящая не должна ѣсть ничего кислаго и пряностей; иногда диспепсія поддерживается тѣмъ, что кормилица ѣстъ слишкомъ много питательной, мясной пищи; въ такомъ случаѣ полезно назначить ей болѣе растительную пищу (каша гречневая, макароны, картофель), а мясо давать одинъ разъ въ день. Если диспепсія упорно продолжается, несмотря на правильное кормленіе и на діэту кормящей, то слѣдуетъ перемѣнить кормилицу. Если ребенокъ воспитывается на рожкѣ, то строго соблюдать всѣ правила искусственнаго вскармливанія, которыя мы вкратцѣ приведемъ здѣсь.

Два основныхъ правила, безъ соблюденія которыхъ нельзя съ успѣхомъ вести дѣло *искусственнаго вскармливанія,* состоятъ въ томъ, чтобъ, во 1-хъ, соблюдать педантичную чистоту по отношенію къ посудѣ, съ которой приходитъ въ соприкосновеніе молоко, во 2-хъ, до 3—4-хъ мѣсяцевъ не давать ребенку ни твердой, ни крахмалъ содержащей пищи, а кормить искючительно коровьимъ молокомъ.

Начинаютъ съ разбавленнаго молока и постепенно переходятъ къ цѣльному. Степень разведенія зависитъ отъ возраста ребенка и отъ пищеварительныхъ его силъ.

Берутъ непремѣнно свѣжее, всего лучше парное молоко, кипятятъ его и сохраняютъ въ хорошо закрытомъ сосудѣ. Предъ употребленіемъ его разводятъ водой и снова кипятятъ одинъ разъ. Для новорожденнаго на 1 ч. молока 3 ч. кипяченой воды и на стаканъ смѣси прибавляютъ чайную ложку сахару; отъ 1 до 3-хъ мѣс. на 1 ч. мол. 2 ч. воды; для 3—4 мѣс. поровну; отъ 4 до 6 мѣс. на 2 ч. мол. 1 ч. воды и послѣ полугода чистое молоко. При нормальномъ стулѣ можно переходить къ цѣльному молоку быстрѣе, а при первыхъ признакахъ разстройства пищеваренія (колики, зеленыя испражненія) надо возвращаться къ болѣе сильному разведенію, а если и въ такомъ видѣ молоко плохо переносится, то вмѣсто простой воды берутъ ячменный или овсяный отваръ. Для приготовленія отвара берутъ дессертную ложку ячменныхъ крупъ или овсяной муки и, сваривши, процѣживаютъ черезъ полотно и прибавляютъ къ молоку въ тѣхъ же пропорціяхъ, какъ и простую

воду. Полезно также, особенно лѣтомъ, прибавлять къ молоку растворъ соды: на стаканъ разведеннаго молока столовую ложку 2% раствора.

69) Rp. Natri bicarbon ʒβ, Aq. ℥iij, DS. Стол. ложку на стаканъ молока.

Для рахитиковъ рекомендуется разведеніе молока телячьимъ бульономъ. Иногда молоко не переносится ребенкомъ оттого, что корова получаетъ неподходящій кормъ или что она съ новотелу или вообще нехороша. Для того, чтобъ избѣгнуть индивидуальныхъ вліяній коровы, лучше брать смѣшанное молоко отъ нѣсколькихъ коровъ, а для корма ихъ всего лучше сѣно съ прибавкой мѣсива.

Если ребенокъ не переноситъ коровьяго молока ни при какомъ разведеніи, то слѣдуетъ перейти къ *сливочной смѣси Biederl'а.* Для новорожденнаго назначаютъ самую слабую смѣсь (№ 1-й, см. ниже). Позднѣе къ этой смѣси прибавляется цѣльное молоко въ постепенно возрастающемъ количествѣ. Biedert установилъ шесть нумеровъ смѣси, а именно:

N	Сливки.	Вода.	Сахаръ.	Молоко.
1	1/8 литра*)	3/8 л.	℥β	—
2	тоже	тоже	тоже	1/16 литра.
3	„	„	„	1/8 „
4	„	„	„	1/4 „
5	„	„	„	3/8 „
6	безъ сливокъ	1/4	„	1/2 „

Сливки приготовляются такъ: штофъ парного молока ставится въ широкомъ сосудѣ на 3—4 часа въ прохладномъ мѣстѣ и потомъ снимаютъ съ него 1/2 стакана жидкихъ сливокъ.

Изъ суррагатовъ коровьяго молока можно упомянуть о *сгущенномъ швейцарскомъ молокѣ* и о *мукѣ Нестле*. Первое, вслѣдствіе чрезмѣрной примѣси сахара, не годится для продолжительнаго кормленія дѣтей и можетъ быть рекомендовано развѣ лишь для дороги на 1—2 дня. Для маленькихъ дѣтей на 1 чайн. лож. консерва берутъ 16 чайн. лож. воды, для старшихъ—10. Мука Нестле по богатству крахмала годится только для дѣтей старше 4-хъ мѣсяцевъ. Она употребляется или въ видѣ кашки, или въ видѣ молока. Въ первомъ случаѣ берутъ на 1 столъ ложку муки 6 ложекъ воды, а во 2-мъ — на 1 лож. муки 10 стол. лож. воды; смѣшавши, надо *непремѣнно вскипятить*.

*) 1/2 стакана или 8 столов. ложекъ.

Среднее *количество пищи* для здоровыхъ дѣтей можно опредѣлить приблизительно такимъ образомъ, что до 4-хъ мѣсяцевъ ребенокъ можетъ получать заразъ столько унцій жидкости, сколько ему мѣсяцевъ отъ роду, плюсъ еще одна унція; такъ, для 1-го мѣсяца 2 унціи или 4 стол. ложки, для 3-хъ мѣс. 4 унціи или 8 ложекъ. Посѣ 5-ти мѣсяцевъ по 6 унцій.

Относительно *времени кормленія* надо замѣтить, что чѣмъ моложе ребенокъ или чѣмъ легче разстраивается у него желудокъ, тѣмъ меньше заразъ должна быть порція пищи, но зато тѣмъ чаще можетъ онъ сосать; такъ, до 2-хъ мѣс. онъ получаетъ пищу черезъ 2 часа днемъ и 2 раза ночью (9 разъ въ сутки), послѣ двухъ мѣсяцевъ — черезъ 3 часа днемъ и 1 разъ ночью (7 разъ въ сутки). Молоко всегда слѣдуетъ давать ребенку въ тепломъ видѣ (28° R). Рожокъ всего лучше стеклянный.

Если молоко хорошо переносится ребенкомъ, то онъ долженъ быть покоенъ, правильно прибавляться въ вѣсѣ и мараться 1—2 раза въ сутки желтымъ стуломъ, киселеобразной консистенціи.

Самое опасное время для рожковыхъ дѣтей — это лѣто, такъ какъ при жаркой погодѣ они часто заболѣваютъ рвотой и поносомъ. Кипяченіе молока, прибавка соды и изслѣдованіе реакціи принадлежатъ къ профилактическимъ мѣрамъ для избѣжанія лѣтняго поноса.

Послѣ 6-ти мѣсяцевъ можно начать прикармливать супомъ изъ говядины; для дѣтей тучныхъ, которыя притомъ почти всегда блѣдны и наклонны къ экцемамъ, запору и рахитизму, полезно начинать прикармливанье супомъ и раньше, напр. съ 5-го мѣсяца, чтобъ можно было убавить порцію молока. Котлету приходится давать въ началѣ 2-го года, когда прорѣжутся первые коренные зубы.

Смотря по припадкамъ диспепсіи, прибѣгаютъ къ тѣмъ или другимъ симптоматическимъ средствамъ:

70) Rp. Ac. muriatici dil. gtt. X, D-ti Salep. s. D-ti rad althеae ℥jj (60,0), Zyr. simpl. ʒjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной ложечкѣ (при рвотѣ несвернутымъ молокомъ). 71) Rp. Pepsini Rossici gr. X (0,6), Aq. muriat. dil. gtt. X, Aq. destill. ℥jj (60,0), Syr. simpl. ʒjj (10,0). DU. Какъ предыдущее средство, особенно при диспепсіи у недоношенныхъ.

При слишкомъ кислой реакціи вырванныхъ массъ и кислыхъ испражненіяхъ, разъѣдающихъ кожу circa anum, умѣстнѣе щелочи, напр.

72) Rp. Natri bicarbon. gr. X (0,6), Aq. destill. ℥jj (60,0), Syr.

simpl. ℥jj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ. 73) Rp. Aq. calcis. aq. destill. āā. ℥j (30,0), Syrup. simpl. ℥jj (10,0). DS. Какъ предыдущее.

Въ хроническихъ случаяхъ, съ обильнымъ развитіемъ газовъ, умѣстны горькія средства:

74) Rp. T-rae cascarillae gtt. XX, Aq. destill. ℥jj (60,0), Syr. simpl. ℥jj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ. 75) Rp. T-rae nucis vomicae gtt. jj—V, Aq. destill. ℥jj (60,0).

DS. Какъ предыдущая.

Тинктура рвотнаго орѣха принадлежитъ къ числу сильно дѣйствующихъ средствъ и дается дѣтямъ не болѣе $^1/_2$ капли на пріемъ на каждый годъ или двухъ капель на день; напр., 2-лѣтнему до 4-хъ капель pro die, 6-лѣтнему до 12-ти и т. д.

Противъ приступовъ *диспептическихъ коликъ:* 1) массажъ живота (треніе концами пальцевъ, смазанныхъ масломъ, по направленію ободочной кишки); 2) введеніе in anum катетера или наконечника клистирной трубки на высоту 2-хъ дюймовъ; 3) клистиръ изъ воды; 4) теплая ванна; 5) для предотвращенія возвратовъ — согрѣвающій компрессъ на животъ.

Изъ внутреннихъ средствъ всего лучше успокоиваетъ боли опій въ тинктурѣ, но давать его можно только до первыхъ признаковъ сонливости. Pro die можно назначать, какъ среднюю дозу, по 1 каплѣ на каждый годъ. Опій назначается обыкновенно съ другими противодиспептическими лѣкарствами; напр. при рвотѣ или поносѣ съ соляной кислотой:

76) Rp. Ac. muriatici dil. gtt. X, Aq. destill. (s. D-ti salep. s. D-ti rad. altheae) ℥jj (60,0), T-rae opii simpl. gt. j, Syr. simpl. ℥jj. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (ребенку 3—6 мѣсяцевъ).

Можно давать также и хлораль, и притомъ въ дозахъ гораздо большихъ, чѣмъ опій, но тоже до сна; годовалому даютъ по 2—3 грана на пріемъ 4—6 разъ въ день; 2—3 мѣсяцевъ жизни по $^1/_2$—2 грана или до 4—6 гранъ pro die.

77) Rp. Hydrati chlorali cryst. gr. vjjj (0,5), D-ti rad. altheae ℥jj (60,0), Syr. simpl. ℥jj. DS. Черезъ 2 часа по чайн. лож. до наступленія сна (ребенку 3—6 мѣсяцевъ).

Для новорожденныхъ и для дѣтей нѣсколькихъ недѣль отъ роду лучше избѣгать наркотическихъ и ограничиваться такъ назыв. вѣтрогонными средствами, напр.

78) Rp. Aq. foeniculi, aq. destill. aa ℥j (30,0), aq. laurocerasi gtt. jj—XII, Syr. simpl. ℥jj (10,0).

MDS. Черезъ часъ по $1/2$—1 чайн. ложкѣ (Aq. lauro-cerasi можно давать новорожденному по $1/2$ капли на пріемъ, годовалому 2—3 капли, а старшимъ по стольку капель, сколько больному лѣтъ, черезъ 1—2 часа).

79) Rp. Pulv. cort. cynamon. gr. X. (0,5), Magnes. carbon. ℈j (1,0), Sacchari ʒj (3,0). Mf. plv. S. Давать на кончикѣ ножа нѣсколько разъ въ день.

Dysuria, см. болѣзненное мочеиспусканіе.

Дифтеритъ, см. angina diphtheritica.

Дѣтскій параличъ — лѣченіе довольно безсильно; многіе изъ первоначально появившихся параличей въ скоромъ времени исчезаютъ сами собой, а оказавшіеся стойкими требуютъ продолжительнаго (многомѣсячнаго) лѣченія постояннымъ токомъ и массажемъ.

Дѣтская холера — cholera infantum. Самая строгая діэта; молока совсѣмъ нельзя; даже и кормленіе грудью слѣдуетъ пріостановить на нѣсколько часовъ и давать только питье чайными ложками, напр., холодный чай, вода съ бѣлкомъ (бѣлокъ одного яйца размѣшивается въ стаканѣ воды, процѣживается и потомъ къ раствору прибавляютъ чайную ложку коньяку и кусокъ сахару; давать прямо со льда по чайной ложкѣ каждыя 5—10 минутъ, смотря по жаждѣ).

Изъ лѣкарствъ умѣстны противогнилостныя и возбуждающія. Всего чаще употребляются каломель въ маленькихъ дозахъ и хининъ.

80) Rp. Colomelani granum (0,06), Sacchari ʒj (4,0). Mf. pulv. div. in. p. aeq. № 12. DS. Черезъ 2 часа по порошку въ теченіе 24—48 часовъ до появленія окрашенныхъ испражненій. 81) Rp. Chin. sulphur. gr. vi (0,4). Div. in p. aeq. № 12. S. Черезъ 2 часа по порошку (ребенку 6—8 мѣсяцевъ). Въ періодѣ упадка силъ возбуждающія: коньяку можно давать приблизительно столько капель на пріемъ, сколько ребенку недѣль, разъ 6—10 въ день, смотря по надобности. Demme рекомендуетъ при холерѣ коньякъ съ креозотомъ: 82) Rp. Cognac fine champ. ℈jj—ʒjj (2,5—8,0), Kreosoti $1/6$—$1/4$ (0,01—0,015), Pulv. gummos. ℈j (1,25), Aq. destill. ℥jj (60,0). MDS. Принять въ теченіе сутокъ (ребенку 3—6 мѣсяцевъ). 83) Rp. Liq. ammon. anis gtt. X—ʒβ, Aq. destill. ℥jjj, Syr. simpl. ʒjjj. DS. Черезъ часъ по чайной ложкѣ (ребенку 1—4 мѣсяцевъ). 84) Rp. Liq. ammon. anis, Aether. sulphur. aa ℥j (5,0). DS. Черезъ $1/2$ часа по 2 капли на пріемъ. Каждое изъ этихъ средствъ можно давать на пріемъ по стольку капель, сколько больному лѣтъ. 85) Rp. Camphorae trit., Flor. benz. aa gr. $1/4$ (0,015), Sacchari gr. jj (0,1). Mf. pulv. D. t. dos.

№ 10. S. Черезъ 2 часа по порошку (ребенку 6—12 мѣсяцевъ). 86) Rp. Moschi orient. gr. $^1/_8$—$^1/_4$ (0,008—0,015). Sacchari gr. jj (0,15). Mf. pulv. D. t. dos. № 8. S. Черезъ 1—2 часа по порошку (ребенку 6—12 мѣсяцевъ). 87) Rp. T-rae moschi ʒjj. DS. По 6—10 капель черезъ 2 часа (ребенку 6—12 мѣсяцевъ).

Въ 50 капляхъ тинктуры одинъ гранъ мускуса. Годовалому даютъ по 5—10 капель на пріемъ и потомъ на каждый годъ прибавляютъ по 5 капель, черезъ 1—2 часа, напр., 5-лѣтнему ребенку по 30 кап. или $^1/_2$ гр. порошка, 8-лѣтнему 45 капель или по 1 гр. на пріемъ.

Eclampsia infantum общія судороги. Лѣченіе самого припадка и потомъ устраненіе причинъ для предотвращенія возвратовъ.

Симптоматическое лѣченіе приступа судорогъ внутренними средствами невозможно, такъ какъ больной въ это время не можетъ глотать. Лучшее симптоматическое средство — вдыханіе хлороформа (чайную ложку хлороформа выливаютъ на сложенный носовой платокъ, который и держатъ на вершокъ отъ носа до тѣхъ поръ, пока не прекратится приступъ). Кромѣ того — холодъ на голову, горчичники къ ногамъ и затылку. Когда ребенокъ въ состояніи глотать и у него нѣтъ поноса, то слабительное—каломель, а потомъ или хлораль, или бромистый кали.

88) Rp. Hydrati chlorali ϶jβ (2,0). D-ti altheae ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ часъ по чайн. ложкѣ до сна (реб. 1 года). 89) Rp. Kali bromati ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайн. лож. (реб. 1 года).

Предохранительное лѣченіе не всегда можетъ быть примѣнено, такъ какъ во многихъ случаяхъ причины неустранимы (острыя и хроническія мозгов. болѣзни, эпилепсія, судороги въ началѣ остролихорадочныхъ болѣзней), въ другихъ случаяхъ предметомъ лѣченія будетъ запоръ, диспепсія, глисты, прорѣзываніе зубовъ, и, главнымъ образомъ, рахитизмъ. Общая раздражительность ребенка, безсонница и судороги, зависящія отъ прорѣзыванія зубовъ, хорошо уступаютъ лѣченію бромистыми препаратами.

Ecthyma. Общее лѣченіе золотухи, рахитизма или истощенія смотря по случаю; имѣть въ виду scabies. Ванны съ содой (столовую ложку соды на ведро воды; 27—28° R.; сидѣть 10 минутъ; дѣлать черезъ день). 90) Rp. Mercur. albi pp. ʒβ (2,0), Axung. porci ℥j (30,0). DS. Мазать сыпь 4 раза въ день.

Eczema. Лѣченіе экцемы должно соотвѣтствовать періоду ея. Въ остромъ періодѣ, когда кожа обнажена отъ эпидермиса, красна

и мокнетъ, показаны присыпки, діахильная мазь, hydrarg. pp. album и т. п. но отнюдь не деготь и его препараты, которые имѣютъ полное примѣненіе въ случаяхъ сухой шелушащейся экцемы.

91) Rp. Ung. diachil. simpl. ℥j (30,0). DS. Прикладывать къ сыпи на тряпкѣ; мѣнять 2 раза въ день. 92) Rp. Ac. salicyl. ℈j (1,0), Spir. vini, glycerini q. s. ad solut. Axung. porci ℥j (30,0). DS. Мазать сыпь раза 4 въ день. 93) Rp. Zinci benzoici ʒj (4,0), Ol. fagi ʒj (4,0), Ung. cetacei ℥j (30,0). DS. Мазать 4 раза въ день. 94) Rp. Hydrarg. pp. albi ℈j—ʒβ (1,25—2,0), Axung. porci ℥j (30,0). MDS. Мазать сыпь 4 раза въ день. 95) Rp. Magister. bismuthi, Flor. Zinci aa. ʒjj (8,0), Amyl. tritic. ℥j (30,0). Mf. pulv. DS. Присыпка. При переходѣ мокнущей экцемы въ сухую: 96) Rp. Ung. diachil. simpl. ℥j (30,0), Ol. rusci. ʒjj—℥β (8,0—15,0). MDS. Мазать сыпь 4 раза въ день (дозу дегтя увеличивать постепенно). При сухой экцемѣ (ecz. chronicum): 97) Rp. ol. rusci (s. ol. cadini) ℥j (30,0). DS. Намазывать больное мѣсто разъ въ день кисточкой и потомъ присыпать пудрой.

Если мокнущія мѣста покрыты корками, то предварительно ихъ нужно удалить; для этого на нѣсколько часовъ ихъ закрываютъ тряпкой, смазанной свинымъ саломъ, а потомъ удаляютъ обмываніемъ теплой водой.

Слѣдуетъ избѣгать частыхъ омовеній мѣстъ кожи, покрытыхъ экцемой.

Всего важнѣе для успѣшнаго лѣченія экцемы удаленіе поддерживающей ея причины: золотуха, рахитизмъ, ожирѣніе, чесотка и другія мѣстныя раздраженія.

Enteralgia, см. dyspepsia. У дѣтей старшаго возраста причиной коликъ можетъ быть запоръ, простуда, раздражающая пища, глисты, болѣзни позвоночника, сообразно этому употребляются то слабительныя, то теплая ванна, то глистогонныя, то корсетъ.

Enterocatarrhus acutus. Острый катарръ кишекъ. Діэта: для рожковыхъ дѣтей — кормилица, а если нельзя, то назначить пищу болѣе легкую, чѣмъ та, при которой сдѣлался поносъ. Дѣтямъ 1—2 лѣтъ — рисовый супъ и муку Нестли, груднымъ — коровье молоко или сливочную смѣсь въ самыхъ сильныхъ разведеніяхъ, напр., молоко съ 3-мя чч. отвара или сливочную смѣсь № 1-й.

Изъ лѣкарствъ всего лучше опій, одинъ или съ acid. muriaticum (см. dyspepsia), или висмутъ — по 1—2 грана на пріемъ.

98) Rp. Magister. bismuthi gr. j. Sacchari gr. jj, Pulv. Doweri gr. 1/4. D. t. dos. № 12 S. по 1 пор. 3 раза въ день (ребенку

6—8 мѣсяцевъ). 99) Rp. Bismut. salicylici gr. jj. Sacch. gr. jjj. Pulv. Doweri gr. $^1/_8$. Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. Три порошка въ день (ребенку одного года).

Препараты висмута (subnitricum и salicylicum) не принадлежатъ къ числу сильнодѣйствующихъ средствъ, такъ что ихъ можно прописывать и въ еще большихъ дозахъ, но съ Доверовымъ порошкомъ, въ 10 гранахъ котораго содержится гранъ опія, надо быть осторожнымъ и, не зная, какъ относится ребенокъ къ опію, отнюдь не прибѣгать къ наивысшимъ пріемамъ. Мы совѣтуемъ давать въ сутки только по $^1/_2$ грана на каждый годъ, а на пріемъ вдвое или втрое меньше; если окажется, что такія дозы хорошо переносятся ребенкомъ, но недостаточно дѣйствительны, то ихъ можно увеличить.

Enterocatarrhus chronicus. Хроническій катарръ кишекъ. Діэта: перемѣнить пищу ребенка и назначить ему ту, къ которой онъ меньше привыкъ, при чемъ руководствуются правилами искусственнаго вскармливанія. Если ребенокъ, страдая хроническимъ поносомъ, питается только супомъ да чаемъ, то всего лучше назначить ему молоко; а если онъ сидѣлъ на молочной діэтѣ, то замѣнить молоко крахмалистой пищей, напр., мукой Нестли, овсянкой. При вонючихъ испражненіяхъ лѣченіе начинаютъ слабительнымъ (касторовое масло) и потомъ даютъ, смотря по обстоятельствамъ, то опій (частыя испражненія и боль), то вяжущія или противобродильныя (очень вонючія испражненія). Обыкновенно приходится переходить отъ одного средства къ другому.

100) Rp. Tannini gr. $^1/_4$—j (0,015—0,06), Magister. bism. gr. j—jj (0,06—0,12), Sacch. gr. jjj (0,2). D. t. Dos. № 12 S. По одному порошку 4 раза въ день (дѣтямъ 1—4 лѣтъ). Послѣ порошковъ, содержащихъ висмутъ, испражненія могутъ принять темно-сѣрый или черный цвѣтъ.

Soltmann особенно хвалитъ очищенную глину: 101) Rp. Argillae depur. 1,0, Aq. destill. 50,0, Tinct. opii gtt. jj—v. Syr. simpl. 20,0. DS. Взбалтывая, давать по чайн. лож. черезъ 2—3 часа. 102) Rp. Tannini gr. $^1/_4$—j (0,015—0,06), Bismuthi salicyl. gr. j—jj (0,06—0,12), Pulv. Doweri gr. $^1/_4$—j (0,015—0,06). Sacch. gr. jjj (0,2). Mf. pulv. D. t. Dos. № 8 S. По 1 порошку 4 раза въ день (дѣтямъ 1—5 лѣтъ). 103) Rp. D-t rad. colombo ex ʒj—jjj (4,0—12,0), ad. colat. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной или дессертной ложкѣ (дѣтямъ 1—5 лѣтъ). Невкусная микстура; по силѣ дѣйствія она уступаетъ

ляпису: 104) Rp. Argenti nitrici gr. j (0,06), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по $^1/_2$ чайной ложки (ребенку 1—4 лѣтъ).

Изъ противобродильныхъ рекомендуются: natrum benzoicum (до ℈β на годъ pro die въ растворѣ), naphtalinum purissimum по 1 грану на годъ на пріемъ, раза 4 въ день; (дѣтямъ старшаго возраста по 4—6 гранъ pro dosi), но такъ какъ иногда препаратъ нафталина бываетъ нечистъ, то лучше начинать съ дозъ вдвое и втрое меньшихъ; препротивное, но дѣйствительное лѣкарство.

105) Rp. Natri benzoici ʒj (4,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), T-rae opii sim. gtt. vj, Syr. simpl. ʒjjj (10,0). M. DS. Черезъ 2 часа по чайной или дессертной ложкѣ (ребенку 3—5 лѣтъ).

Нафталинъ не растворяется въ водѣ и потому всегда прописывается въ порошкахъ per se или съ другими средствами, напр., съ Доверовымъ порошкомъ или висмутомъ.

106) Rp. Naphtalini puris., Magister. bismuthi āā gr. jj (0,12), Pulv. Doweri gr. $^1/_2$—$^3/_4$ (0,03—0,04). Mf. pulv. D. t. dos. № 4. S. 4 раза въ день по порошку (ребенку 2—5 лѣтъ).

При хроническихъ поносахъ у рахитиковъ или у дѣтей старшаго возраста, но малокровныхъ, когда слабитъ не часто, напр., раза 2 въ день, но ужъ давно, показано желѣзо въ маленькихъ дозахъ: дѣтямъ 1—2 лѣтъ по грану pro die, старшимъ не болѣе 1$^1/_2$—2 гранъ какого-нибудь изъ вяжущихъ препаратовъ: 107) Rp. Ferri lactici gr. $^1/_3$—$^1/_2$ (0,02—0,03), Magister. bismuthi gr. j—jj (0,06—0,012), Sacchari gr. jj (0,12). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 порошку 3 раза въ день (дѣтямъ 1—5 лѣтъ).

Если хроническій поносъ протекаетъ при явленіяхъ катарра желудка (вздутость и болѣзненность подложечки, обложенный языкъ, потеря аппетита, отрыжки, тошнота), то всего лучше лѣчить щелочными минеральнами водами, въ родѣ Эмса (Кренхенъ) или Виши (Селестэнъ), Эссентуковъ (№ 17). Дѣтямъ 1—2 лѣтъ по чайной ложкѣ черезъ 2 часа, старшимъ по дессертной и столовой.

Если есть указаніе на преимущественное пораженіе толстыхъ кишекъ, то вливанія большихъ количествъ воды или растворовъ дезинфекцирующихъ веществъ (безвредныхъ!) посредствомъ Эсмарховской кружки. Ребенку одного года вливаютъ стаканъ, двухлѣтнему — 2 стакана, трехлѣтнему — три; на каждый стаканъ тепловатой воды кладутъ чайную ложку наравнѣ съ краями бензойнаго натра или тоннина.

Изъ наружныхъ средствъ при хроническомъ катаррѣ кишекъ

полезны фланелевые набрюшники, а при боляхъ въ животѣ — согрѣвающіе компрессы. При періодическомъ поносѣ — хининъ.

Enuresis nocturna. Ночное недержаніе мочи наблюдается у дѣтей старшаго возраста, отличающихся либо нервностью, либо упадкомъ питанія, а потому показано общее укрѣпляющее лѣченіе. Слѣдуетъ запрещать ребенку ѣсть и пить на сонъ грядущій (послѣдняя ѣда за 2 часа до сна), а также заниматься тяжелой умственной работой. Полезно заставлять ребенка какъ можно дольше задерживать мочу днемъ. Изъ лѣкарствъ — nux vomica и rhus aromatica: 108) Rp. Trae nucis vom. 5,0. DS. По 3—5 капель 4 раза въ день (дѣтямъ 6—10 лѣтъ). 109) Rp. Extr. fluidi rhois aromat. 10,0. DS. По 5—15 капель, смотря по возрасту, 2 раза въ день. Rhus aromatica употребляется только въ видѣ жидкаго экстракта, который назначается въ числѣ капель вдвое большемъ числа лѣтъ ребенка. Дѣйствіе должно наступать быстро, а потому если по прошествіи 7—10 дней незамѣтно успѣха, то дальнѣйшее употребленіе средства можно считать безполезнымъ.

Epilepsia. Падучая болѣзнь. Изъ симптоматическихъ средствъ, рекомендованныхъ противъ эпилепсіи, наибольшаго довѣрія заслуживаютъ препараты брома въ восходящихъ дозахъ отъ 4 до 10 гранъ на годъ. Если промежутки между приступами значительно увеличились, то дозу постепенно сбавляютъ. Лѣченіе продолжается безъ перерыва мѣсяцами. При эпилепсіи у анэмичныхъ — мышьякъ и желѣзо (см. анэмію); при подозрѣніи поздняго наслѣдственнаго сифилиса — іодистый калій (см. сифилисъ).

При очень частыхъ и сильныхъ приступахъ — вмѣстѣ съ бромидами хлораль:

110) Rp. Chlorali hydrati, Kali bromati, Natr. brom. āā ʒj (4,0), Aq. destill. ℥vj (180,0). DS. 4 раза въ день по дессертн.— стол. ложкѣ (дѣтямъ 5—10 лѣтъ).

Epistaxis, см. носовое кровотеченіе.

Erysipelas. При мѣстной, ограниченной рожѣ — холодные компрессы. При бродячей рожѣ, протекающей съ запорами, слѣдуетъ начинать лѣченіе слабительными, особенно каломелемъ по $^1/_2$— 1 грану (0,03—0,06) на пріемъ черезъ часъ до дѣйствія; если не прослабитъ послѣ 4—6 порошковъ, то касторовое масло. Изъ мѣстныхъ средствъ употребляются помазыванія рожистыхъ участковъ кожи, особенно краевъ красноты, чистой тинктурой іода разъ— два въ день или мазью съ іодоформомъ: 111) Rp. Jodoformi 1,0, Vaselini 10,0. DS. Мазь. Или 112) Rp. Jodoformi 1,0, Collodii 20,0. DS. Смазывать кисточкой 2 раза въ день.

Erythema simpl. и **er. nodosum** особаго лѣченія не требуютъ. Въ случаѣ большихъ узловъ на голеняхъ, причиняющихъ боль,— компрессы изъ Aq. plumbi s. fomentum Rusti.

Желтуха катарральная проходитъ въ нѣсколько дней при употребленіи той или другой щелочной воды (Виши—Селестэнъ; Эмсъ—Кренхенъ) по чайной или дессертной ложкѣ черезъ 2 часа и діэтѣ: ничего жирнаго, тяжелаго, кислаго, фруктовъ и закусокъ. Въ случаѣ запора для начала лѣченія показанъ каломель.

Желтуха новорожденныхъ не требуетъ никакого лѣченія.

Заворотъ кишекъ, см. invaginatio.

Запоръ, см. привычный запоръ.

Затылокъ мягкій, см. rachitis.

Золотуха — scrophulosis. Гигіэно-діэтическій режимъ, какъ при рахитизмѣ. Чистый морской воздухъ полезенъ всѣмъ анэмичнымъ и золотушнымъ дѣтямъ, но морскія купанья хорошо переносятся и приносятъ видимую пользу только при торпидной формѣ золотухи, тогда какъ при scrophulosis florida годятся только ванны изъ подогрѣтой воды. Изъ внутреннихъ средствъ показаны то рыбій жиръ (у худыхъ, блѣдныхъ, вообще при scroph. florida), то желѣзо (при рѣзко выраженной анэміи), то іодъ (въ видѣ іодистаго желѣза или іодистаго калія); первый при хроническихъ аденитахъ, второй при язвенныхъ процессахъ въ мягкихъ частяхъ и въ особенности при periostitis.

113) Rp. Syr. ferri iodati, Syr. cort. aurant. ãã. ʒj (4,0). DS. По 2 капли на каждый годъ 3 раза въ день (т.-е. 5-лѣтнему 10 кап., 10-лѣтнему 20 кап. 3 раза въ день послѣ ѣды). 114) Rp. Ferri iodati sacch. gr. $^1/_4$—j—jj (0.015—0,06—0,12), Sacch. albi gr. jj (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 3 раза въ день, смотря по возрасту. (Одинъ гранъ fer. iod. sacch. равняется 4-мъ каплямъ сиропа; іодистое желѣзо принадлежитъ къ числу трудноваримыхъ препаратовъ, потому лучше начинать съ маленькихъ дозъ и потомъ постепенно усиливать ихъ и всегда назначать послѣ ѣды). 115) Rp. Kali hydroiodici ℈jβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). MDS. По чайной — дессертной — столовой ложкѣ 3 раза въ день, см. по возрасту (разсчитывая приблизительно по 1—2 грана на годъ pro die, постепенно восходя до 3 гранъ на годъ).

Зудъ кожи — pruritus. Если зудъ кожи не сопровождается никакой сыпью, а служитъ выраженіемъ невроза, то помимо общаго лѣченія, смотря по состоянію паціента (рахитизмъ, золотуха, анэ-

мія), полезны обтиранія зудящихъ мѣстъ 2 раза въ день губкой, смоченной разведеннымъ уксусомъ или клюквеннымъ морсомъ. Внутрь kali bromatum. Зудъ кожи часто стоитъ въ связи съ хроническимъ запоромъ, въ такомъ случаѣ необходимо лѣчить послѣдній.

Изжога — щелочныя средства: сода, мѣлъ и т. п.

Icterus, см. желтуха.

Impetigo. Общее лѣченіе золотухи, рахитизма, анэміи, смотря по показаніямъ, укрѣпляющими: рыбій жиръ, желѣзо. 116) Rp. Hydr. pp. albi ʒβ (2,0), Axung. ℥j (30,0). DS. Мазь.

Intertrigo — см. перепрѣлость.

Invaginatio. Строжайшая діэта и покой. Промываніе желудка; опій до наркоза; въ случаѣ внѣдренія толстой кишки въ прямую — вправленіе внѣдренной части желудочнымъ зондомъ съ наложенной на его конецъ губкой. При внѣдреніяхъ тонкихъ кишекъ въ толстую — обильные клистиры изъ тепловатой (по нѣкоторымъ лучше изъ холодной) воды. Противъ рвоты — кусочки льда. Если ничего не помогаетъ — laparotomia.

Incontinentia urinae, см. enuresis nocturna.

Influenza, см. бронхіальный катарръ.

Каловая рвота, см. invaginatio.

Капиллярный бронхитъ, см. бронхіальный катарръ.

Caput obstipum, см. Tarticollis.

Катарръ гортани острый, s. ложный крупъ — laringitis catarrhalis. Постельное теплое содержаніе, согрѣвающій компрессъ на шею, вдыханіе водяныхъ паровъ (посредствомъ пульверизатора или просто изъ чайника); особенно хорошо дѣйствуетъ *горячая ножная ванна*.

Для приготовленія ножной ванны берутъ тазъ воды 32°R и прибавляютъ туда горсть горчицы или дессертную ложку царской водки (смѣсь 1 части ac. nitrici и 3 ч. ac. hydrochlorici).

117) Rp. Aq. regiae ℥ii.

DS. Дессертн. ложку на ванну. Ядъ.

Ноги больного опускаютъ въ воду до половины голеней и держатъ тамъ 20—30 мин. при постепенномъ подливаніи горячей воды (темпер. ванны доводится до 35°). Потомъ ребенка укладываютъ въ постель, обувши его въ шерстяные чулки. Ванну повторятъ въ случаѣ надобности на слѣдующій день.

Внутрь — средства, способствующія разрѣшенію катарра: зельтерская вода съ молокомъ, щелочи, апоморфинъ, нашатырь, ипекакуана, напр.

118) Rp. Inf. rad. ipecacuanh. e gr. jj—℥jj (0,12 : 60), Ammon. muriat. gr. vj—X (0,4—0,6), Syr. simpl. ʒjj (8,0). DS. Черезъ 2 часа по чайн. или дессертн. лож. (дѣтямъ 2—6 лѣтъ).

Ипекакуана въ маленькихъ дозахъ способствуетъ отдѣленію слизи и потому относится къ числу отхаркивающихъ и разрѣшающихъ средствъ; въ большихъ дозахъ она есть средство рвотное. Какъ отхаркивающее, ипекакуана прописывается въ слабыхъ, среднихъ и крѣпкихъ настояхъ; для первыхъ берутъ на унцію воды полграна, для среднихъ одинъ и для крѣпкихъ два грана. Если желаютъ вызвать рвоту, то берутъ 10 гранъ на унцію. Всѣ эти настойки безъ строгой дозировки даются, смотря по возрасту, отъ $^1/_2$ чайной (для дѣтей до года) до дессертн. ложки на пріемъ, черезъ 1 до 2 часа, но если дѣло идетъ о рвотѣ, то черезъ 10 минутъ до дѣйствія.

119) Rp. Inf. rad. ipecac. e. gr. jj—℥jj (0,12 : 60), Natri bicarbon. gr. X. (0,6), Syr. simpl. ʒjj (8,0). DS. Какъ и предыдущая. 120) Rp. Apomorph. muriat. cr. gr. $^1/_4$ (0,015), Aq. destill. ℥jj (60,0), Ac. muriat. dil. gtt. jj, Syr. simpl. ʒjj (8,0). DS. По чайной лож. чер. 1—2 часа (дѣтямъ 3—4 лѣтъ).

Апоморфинъ, будучи введенъ подъ кожу, дѣйствуетъ, какъ сильное рвотное (достаточно $^1/_{30}$ грана), но при внутреннемъ употребленіи хорошо переносятся сравнительно крупные пріемы. За среднюю дозу для ребенка можно принять $^1/_{24}$ грана pro die или $^1/_{120}$ pro dosi на годъ; напр., ребенку 4-хъ лѣтъ можно дать въ день $^1/_6$ гр., 12-лѣтнему—$^1/_2$ гр.

Такъ какъ въ щелочныхъ и нейтральныхъ растворахъ апоморфинъ скоро разлагается и безцвѣтная микстура получаетъ изумрудно-зеленый цвѣтъ, то для избѣжанія этого прибавляютъ нѣсколько капель соляной кислоты.

При частомъ сухомъ кашлѣ, кромѣ приведенныхъ микстуръ, употребляются и наркотическія, въ особенности опій, въ видѣ Доверова порошка, и морфій. О дозировкѣ Довер. пор. было сказано въ главѣ о поносѣ; морфій же требуетъ еще бо́льшей осторожности; придерживаясь извѣстной таблицы дозировки средствъ по возрастамъ, можно бы было считать высшей дозой для дѣтей отъ 2—3 лѣтъ—$^1/_{16}$ гр. pro dosi и $^1/_4$ гр. pro die; отъ 4—5—$^1/_{12}$—$^1/_8$ и т. д., но отъ такихъ пріемовъ почти навѣрное наступитъ спячка, такъ какъ дѣти очень чувствительны къ морфію и, кажется, только къ одному атропину они еще чувствительнѣе. Осторожности ради слѣдуетъ начинать съ гораздо меньшихъ пріемовъ и повышать ихъ постепенно, напр.

121) Rp. Morphii acetici granum (0,06), Aq. destill. ℥j (30,0). DS. По 2 капли на каждый годъ 2—3 раза въ день. Значитъ, для ребенка 5-ти лѣтъ—10 капель ($^1/_{30}$ гр.), для 8-лѣтняго—16 капель ($^1/_{30}$ гр.).

Въ случаѣ очень сильно выраженнаго стеноза гортани — рвотное, но передъ рвотнымъ обязательно давать побольше теплаго питья.

122) Rp. Pulv. rad. ipecacuanh. ℈j (1,25), Tartari emetici gr. j (0,06), Aq. destill. ℥jβ (45,0), Oxymel. scyl. ℥β (15,0). MDS. Черезъ 10 минутъ по чайной (ребенку 2—3 лѣтъ) или дессертной до рвоты. 123) Rp. Inf. rad. ipecacuanh. per $^1/_4$ horas e ℈j ad ℥jβ, Syr. ipecac. ʒjj. DS. Принять половину заразъ; если рвоты не послѣдуетъ, то остальное по чайной ложкѣ черезъ 10 минутъ.

При наклонности ложнаго крупа къ возвратамъ — пріучать ребенка къ холодной водѣ, для чего, начиная съ лѣта, всякое утро обтираютъ шею и все туловище водой, сначала 24°, а потомъ постепенно доходятъ до 18°.

Катарръ гортани хроническій развивается большею частью на почвѣ сифилиса или золотухи, а потому необходимо соотвѣтственное общее лѣченіе, а также мѣстное лѣченіе обыкновенно сопутствующихъ катарровъ носа и носоглоточнаго пространства.

Полость гортани всего лучше смазывать 2%—3% растворомъ ляписа разъ въ день:

124) Rp. Argenti nitrici gr. X—XV (0,50—0,75), Aq. destill. ℥j (25,0). DS. Мазать гортань разъ въ день.

Катарръ желудка, см. диспепсія.

„ **кишекъ**, см. enterocatarrhus.

Кишечные глисты, см. глисты.

Коклюшъ—pertussis. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ абортивное дѣйствіе на коклюшъ оказываетъ перемѣна воздуха, хотя бы только за нѣсколько десятковъ верстъ отъ мѣста эпидеміи, но и это не всегда помогаетъ.

Выходить на воздухъ лѣтомъ можно и должно всѣмъ, а зимой — только дѣтямъ старшаго возраста, да и то лишь при умѣренной погодѣ и отнюдь не потѣть. Комната больного провѣтривается обязательно два раза въ день: утромъ и на ночь. Во время сна у изголовья кровати вѣшаютъ тряпку, величиной въ $^1/_4$ листа бумаги, смоченную 3% растворомъ карболовой кислоты.

128) Rp. Ac. carbolici cryst. 3,0, Aq. dest. 100,0. DS. Для дезинфекціи воздуха.

Внутрь всего чаще употребляются хининъ, бромиды, хлоралъ-гидратъ, антипиринъ. Послѣ нѣсколько-дневнаго употребленія одного средства переходятъ обыкновенно къ другому и возвращаются къ тому, которое оказывало наилучшее дѣйствіе.

Хининъ дается два раза въ день по стольку гранъ, сколько больному лѣтъ, въ теченіе 4—5 дней:

129) Rp. Chinini muriatici gr. IV D. t. dos. № 8 S. Утромъ и вечеромъ по порошку (реб. 4 лѣтъ).

Бромистые препараты назначаются въ постепенно восходящихъ дозахъ отъ 2 до 5 гранъ на годъ pro die въ 4 пріема (слѣдов. отъ $^1/_2$ до $1^1/_2$ гр. на годъ на пріемъ), напр.:

130) Rp. Ammon. bromati ʒj (4,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0). DS. По дессертн. ложкѣ 4 раза въ день (ребенку 10 лѣтъ; черезъ нѣсколько дней доза доводится до столовой ложки 4 раза въ день).

Если въ одной микстурѣ прописываются нѣсколько бромистыхъ препаратовъ, то ихъ общая доза не должна превышать указаннаго, т.-е.

131) Rp. Ammon. bromati, Kali brom. āā ℈jβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0).

MDS. Какъ предыдущая. Для устраненія вкуса всего лучше въ рюмкѣ зельтерской воды.

Хлоралъ-гидратъ употребляется то какъ успокоивающее, то какъ снотворное средство.

Въ первомъ случаѣ его даютъ по $^1/_2$—1 грану на пріемъ на годъ или по 5 гр. на годъ pro die, а какъ снотворное — сразу денной пріемъ. (Высшая доза для взрослаго — 90 грановъ).

132) Rp. Chloral. hydrati cryst. ʒj (4,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). MDS. 4 раза въ день по дессертной ложкѣ (ребенку 4—5 лѣтъ).

При коклюшѣ, какъ кажется, лучше дѣйствуетъ кротонъ-хлоралъ-гидратъ (croton-chloralhydrat s. Butil chloralum hydratum), доза котораго должна быть въ 4 раза слабѣе предыдущаго, т.-е. его даютъ отъ $^1/_8$—$^1/_4$ грана на годъ на пріемъ и до 1—$1^1/_2$ гр. на годъ pro die. Такъ какъ онъ трудно растворяется въ водѣ, но легко въ спиртѣ и глицеринѣ, то съ ними и прописывается, напр.

133) Rp. Croton-chlor. hydr. ʒβ (2,0), Glycerini, Aq. destill. aa ℥jβ (45,0), T-rae cardamon. comp. ℥β (15,0). MDS. По чайной и дессертн. лож. 4 раза въ день (дѣтямъ 4—8 л.), или: 134) Rp. Crot.-chlor. hydr. ʒβ (2,0), Glycerini ℥β (15,0), Aq. destill. ℥jjβ (75,0), Syr. aurant. ℥β (15,0). DS. Какъ предыдущее.

Антипиринъ рекомендуется при коклюшѣ по стольку дециграммъ въ день, сколько больному лѣтъ, въ 3 пріема, или по стольку сантиграммъ, сколько больному мѣсяцевъ (для дѣтей на 1-мъ году жизни), напр:.

135) Rp. Antipyrini gr. V (0,3). D. t. dos № 12. S. Три порошка въ день (реб. 10 лѣтъ). 136) Rp. Antipyrini gr. $^1/_2$ (0,03), Sacchari gr. jj (0,1). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. Три пор. въ день (реб. 10 мѣсяцевъ). При коклюшѣ иногда хорошо дѣйствуютъ паровыя ингаляціи 1—2°/₀ растворовъ салициловаго и бромистаго натра: 137) Rp. Natri salicylici, Natri bromati āā ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥vj (180,0). DS. Для вдыханій 3 раза въ день въ количествѣ столовой ложки. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ коклюша слѣдуетъ испытать помазыванія зѣва 4°/₀ растворомъ кокаина 3 раза въ день и внутрь — морфій (см. катарръ гортани).

Колика, см. диспепсія.

Конвульсіи, сл. эклямпсія.

Condylomata circa anum. Общее противосифилитическое лѣченіе и присыпка кондиломъ порошкомъ каломеля послѣ предварительнаго смазыванія ея aq. chlori.

Coryza. — Насморкъ. Въ остромъ періодѣ —2°/₀ раств. кокаина.

Корь. Лѣченіе симптоматическое, главнымъ образомъ противъ кашля (см. бронхіальный катарръ).

Craniotabes см. rachitis.

Краснуха не требуетъ лѣченія.

Кровавый поносъ, см. dysenteria.

Кровавая моча, см. nephritis.

Кропивница. Обратить вниманіе на состояніе желудочно-кишечнаго канала; если хроническая кропивница сопровождается запоромъ, то всего лучше рыбій жиръ. При періодически повторяющейся сыпи — хининъ; если причина болѣзни не можетъ быть опредѣлена, то эмпирически даютъ то бромистые препараты, то щелочныя воды, то антипиринъ.

Крупъ гортани ложный, см. катарръ гортани.

Крупъ гортани настоящій—laryngitis crouposa. Всѣ средства (пары, отхаркивающія, рвотныя), показанныя при ложномъ крупѣ, умѣстны и здѣсь, но, кромѣ того, можно прибѣгнуть къ большимъ дозамъ скипидара (дѣтямъ до 2-хъ лѣтъ по $^1/_2$ чайной ложки, отъ 2—5 по чайной и старшимъ по дессертной два раза въ день, пока не появится поносъ или болѣзненное мочеиспусканіе) и къ ртутному лѣченію.

Ртутные препараты назначаются и внутрь и снаружи въ видѣ мази. 135) Rp. Hydr. muriat. cor. gr. $^1/_2$ (0,03), Aq. destill. ℥vj (180,0), Syr. simpl. ʒvj (25,0). DS. По $^1/_2$ — 1 чайной ложкѣ черезъ 3 часа (реб. 1—6 л.) или 136) Rp. Calomelani gr. $^1/_{12}$ (0,005), Sacchari gr. jjj (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. Черезъ 2—3 часа по порошку, а для наружнаго употребленія мазь: 137) Rp. Ung. hydrarg. cinerei gr. X (реб. 4—6 лѣтъ) gr. XV (реб. 7—10 лѣтъ). D. t. dos. in charta cerata № 12. S. Втирать по пакету черезъ 2 часа въ разныя мѣста тѣла.

Лѣченіе втираніями продолжается не долѣе 2—3 дней, такъ какъ иначе можетъ наступить отравленіе въ видѣ острой анэміи, упадка силъ, кровоподтековъ.

Если и это не помогаетъ, то подкожныя впрыскиванія въ область гортани 2% раствора карболовой кислоты по $^1/_4$—$^1/_2$ и цѣлому шприцу, смотря по возрасту, разъ въ день.

Если при рѣзко выраженномъ стенозѣ гортани было дано рвотное, облегчившее больного, то при новомъ ухудшеніи оно можетъ быть повторено; когда перестанетъ помогать, то остается приступить къ трахеотоміи, не дожидаясь наступленія періода общей анэстезіи.

Laryngitis, см. катарръ гортани.

Laryngospasmus. Спазмъ голосовой щели развивается преимущественно на почвѣ рахитизма или малокровія, а потому необходимо соотвѣтственное причинное лѣченіе (см. рахитизмъ); изъ симптоматическихъ средствъ лучше всего препараты брома: ребенку 6 мѣсяцевъ 1—2 грана на пріемъ раза 3—4 въ день, годовалому вдвое больше.

141) Rp. Kali bromati ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0), MDS. 4 раза въ день по чайной — дессертной ложкѣ (реб. 6—12 мѣсяцевъ). При часто повторяющихся приступахъ (по нѣскольку разъ ежедневно) вмѣстѣ съ бромомъ даютъ мускусъ: 142) Rp. T-rae moschi ʒjj. DS. По 5—10 капель черезъ 3 часа (реб. 6—12 мѣсяцевъ). При размягченномъ затылкѣ обтирать голову нѣсколько разъ въ день губкой, смоченной водой комнатной температуры.

Лентецъ, широкій см. глисты кишечныя.

Лейкэмія. Общее укрѣпляющее лѣченіе питательной пищей и воздухомъ; изъ лѣкарствъ — мышьякъ. 143) Rp. Liq. arsenicalis Fowleri ʒj (5,0), T-rae chinae compos. ℥j (40,0). DS. По 5 капель на пріемъ 3 раза въ день, постепенно восходя до 10 капель и до 15. 144) Rp. Ac. arsenicosi gr. j (0,06), Ferri hydrogenio

reducti ℈j (1,25), Extr. trifol. q. s. ut f. pil. № 60. Consp. lycop. DS. По 1—2 пилюли 2 раза въ день послѣ ѣды.

Лихорадка болотная, см. перемежающаяся лихорадка.

Ложный крупъ, см. катарръ гортани.

Лѣтній поносъ, см. enterocatarrhus acutus.

Mastitis neonatorum. При грудницѣ новорожденныхъ, въ періодѣ набуханія грудей—согрѣвающіе компрессы, въ періодѣ нагноенія—разрѣзъ и сухая перевязка салициловой (не карболовой!) ватой.

Melaena neonatorum. Покойное положеніе, холодные компрессы на животъ. 145). Rp. Liq. ferri sesquichlor., Glycerini āā 5,0. DS. По 1 каплѣ черезъ 2—3 часа. 146) Rp. Extr. secal. cornuti. aq. ℈j 1,25, Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. ℥jjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (не больше двухъ дней).

Meningitis simplex et cerebro-spinalis. Простое и эпидемическое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Абсолютный покой; въ первомъ періодѣ, при упорной рвотѣ, только жидкая пища чайными ложками и непремѣнно со льда. Пузырь со льдомъ на голову; у дѣтей старшаго возраста — піявки за уши (по числу лѣтъ), слабительное и по случаю рвоты всего удобнѣе каломель, не требующій большихъ дозъ (по $^1/_4$ гр., $^1/_2$—1 грану, смотря по возрасту, черезъ часъ до дѣйствія). При большомъ безпокойствѣ — Natrum bromat. внутрь (см. коклюшъ) или морфій подъ кожу, въ количествѣ $^1/_{100}$—$^1/_{50}$ грана на годъ, напр.

147) Rp. Morphii acetici gr. jj (0,12), Aq. destill. ℥jj (8,0). DS. 5 капель подъ кожу (ребенку 5—10 лѣтъ). Или хлоралъгидратъ въ клистирѣ, въ той же дозѣ, какъ и для внутренняго употребленія, т.-е. по 1 грану на каждый годъ. Далѣе, полезны отвлекающія, въ видѣ, напр., мушки на нижнюю часть задней поверхности шеи (дѣтямъ 4—5 лѣтъ) величиной въ $^1/_2$ карты.

148) Rp. Empl. vesicator. q. s. ext. supra linteum, magn. $^1/_2$ chartae lusoriae, consperge camphora, margin. empl. adhaes. obduc. DS. Мушка. Мушка, посыпанная порошкомъ камфоры, нарываетъ почти безъ боли; держать ее 8—12 часовъ. Въ періодѣ ослабленія острыхъ припадковъ — іодистый калій съ возбуждающими.

149) Rp. Inf. rad. valerian. e gr. XV—℈jβ ad ℥jjj (1,0—2,0:90,0), Kali hydroiodici ℈j (1,25). DS. По дессертн. или чайной ложкѣ (смотря по возрасту) черезъ 2 часа.

Meningitis tuberculosa. Въ 1-мъ періодѣ—пока есть рвота—глотаніе льда или самой холодной воды, ледъ на голову, calomel pro laxans. Позднѣе іодистый калій внутрь и мазь съ іодоформомъ

для втиранія въ голову, коротко остриженную. Для устраненія непріятнаго запаха іодоформа къ мази прибавляютъ ol. eucalypti, кофе жженый и др., напр.

150. Rp. Iodoformii ʒj (4,0), Coffeae tostae pulv. ʒβ (2,0), Lanolini ℥j (30,0), Axung. porci ʒj (4,0). DS. Втирать въ голову 2 раза въ день въ количествѣ чайной ложки наравнѣ съ краями (грудному $^1/_2$ чайн. ложки).

Мигрень, см. головная боль.

Мочевой пузырь, катарръ его, см. болѣзненное мочеиспусканіе.

Наслѣдственный сифилисъ. Syphilis congenita. Лѣченіе ведется или внутренними пріемами ртутныхъ препаратовъ (всего лучше каломеля, у дѣтей старшаго возраста — сублимата), или ваннами съ сублиматомъ (если постоянная диспепсія и катарръ кишекъ мѣшаютъ давать каломель, а ссадины на кожѣ препятствуютъ лѣчить втираніями), или сѣрой мазью.

Каломель назначается нѣкоторыми въ довольно большихъ дозахъ, напр. по $^1/_4$—$^1/_8$ грана 2 раза въ день, но нѣтъ никакой надобности прибѣгать къ такимъ пріемамъ, могущимъ вредно дѣйствовать на кишки, когда цѣль достигается и меньшими дозами, напр. $^1/_8$ pro die.

151) Rp. Calomelani gr. $^1/_8$ (0,008), Sacchari gr. jjj (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 8. S. По 1 пор. въ день. Такъ какъ сифилитики бываютъ обыкновенно малокровны, то полезно комбинировать каломель съ маленькими пріемами желѣза, напр., 1 гр. pro die ferri carbon. sacch. или $^1/_2$ грана ferri lactici.

152) Rp. Calomelani gr. j (0,06), Ferri carbon. sach. gr. vj (0,4). Sacchari ʒj (4,0). Mf. pulv. div. in p. aeq. № 12. S. По 1 пор. 2 раза въ день. При рецидивахъ сифилиса у дѣтей нѣсколькихъ лѣтъ отъ роду хорошо переносится сулема въ малыхъ дозахъ, напр.:

153) Rp. Hydrarg. muriat. corros. gr. j (0,06), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). MDS. По чайной ложкѣ разъ въ день послѣ ѣды. Для ваннъ сублиматъ прописывается обыкновенно съ нашатыремъ, который способствуетъ его растворенію; на каждую ванну берутъ 15 — 30 грановъ сублимата, смотря по величинѣ ванны (приблизительно по 5 гр. на ведро воды).

154) Rp Hydrarg. muriat. corros. ʒβ—j (2,0—4,0), Ammon. muriat. ʒjj (8,0), Aq. destill. ℥jjj (100,0). MDS. На двѣ ванны (при многочисленныхъ мокнущихъ мѣстахъ на кожѣ) по одной ежедневно въ 27—28° R.

155) Rp. Ung. hydrarg. ciner. gr. V (0,3).

D. t. dos. in charta cerata № 12. S. Втирать по пакету въ день въ разныя мѣста тѣла (при слабомъ пищевареніи, а также въ случаяхъ, требующихъ болѣе энергичнаго лѣченія). Энергичное лѣченіе втираніями вызываетъ у маленькихъ дѣтей развитіе остраго малокровія, а иногда и геморрагическій діатезъ; болѣе взрослыми дѣтьми втиранія переносятся легче; къ нимъ слѣдуетъ прибѣгать во всѣхъ случаяхъ, когда желательно по возможности поскорѣе устранить какой-либо опасный симптомъ, напр. iritis, stenosis laryngis, мозговые припадки.

При сифилитическомъ насморкѣ и сифилитическомъ пораженіи рта и зѣва слизистыя оболочки этихъ мѣстъ помазываются 1—2 раза въ день растворомъ сублимата:

156) Rp. Hydrarg. muriat. cor. gr. j (0,06), Aq. destill. ℥j—jj (30,0—60,0). MDS. Наружное. Кондиломы и язвы circa anum присыпаются каломелемъ per se:

157) Rp. Calomelani ʒj (4,0). DS. Присыпать кисточкой 2 раза въ день. Въ случаѣ большихъ кондиломъ, для усиленія дѣйствія присыпки, кондилома смазывается непосредственно передъ приложеніемъ каломеля хлорной водой.

158) Rp. Aq. chlori ℥j (30,0). DS. Наружное. Въ такомъ случаѣ каломель сейчасъ же переходитъ въ сулему, которая и дѣйствуетъ in statu nascendi.

Ртутное лѣченіе продолжается до полнаго исчезанія припадковъ сифилиса (недѣли 2—3), потомъ даютъ желѣзо по случаю остающейся анэміи. При рецидивахъ прибѣгаютъ снова къ каломелю, но если дѣло идетъ о второмъ или третьемъ возвратѣ, то лучше перейти къ іоду:

159) Rp. Kali iodati gr. XV—ʒβ (1,0—2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simplic. ʒjjj (10,0). MDS. По чайной ложкѣ 3 раза въ день (ребенку $^1/_2$—2 лѣтъ).

160) Rp. Ferri iodati sacch. gr. $^1/_2$—j (0,03—0,06), Sacchari gr. jjj (0,2). M. f. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 3 раза въ день (ребенку отъ $^1/_2$ до 2-хъ лѣтъ). При явленіяхъ застарѣлаго сифилиса (periostitis, caries, gummata, ulcera cutanea) — тоже іодъ или Циттмановъ декоктъ, или простой декоктъ сарсапариллы, составляющей главную составную часть Циттманскаго средства.

161) Rp. D-ti Zittmanni mit. ℥jjj (90,0). DS. Пить въ холодномъ видѣ на ночь.

Слабый декоктъ Zittmann'а не содержитъ въ себѣ александрій-

скаго листа и потому не слабитъ. Если желательно имѣть этотъ отваръ безъ примѣси ртути, то выписывается:

162) Rp. D-ti sarsaparillae comp. mit. ℥jjj (90,0). DS. Какъ предыдущій.

При домашнемъ приготовленіи декокта сарсапариллы берутъ дессертную ложку radicis sarsaparillae на чашку кипятка, даютъ постоять на самоварѣ и потомъ пьютъ въ тепломъ видѣ. Обязательно сидѣть дома, за исключеніемъ лѣтнихъ жаркихъ дней.

Насморкъ, см. coryza.

Nephritis acuta. При остромъ воспаленіи почекъ пребываніе въ постели обязательно. Діэта тѣмъ строже, чѣмъ меньше мочи и чѣмъ она насыщеннѣе; въ большинствѣ случаевъ лучшей пищей можно считать молоко, но при слишкомъ маломъ количествѣ мочи (напр. если на годъ приходится не болѣе 30 грам.) — только слизистые супы и вода.

При очень остромъ началѣ нефрита (лихорадочное состояніе до 39—40, мочи мало, но она богата кровью) — сухія или, у крѣпкихъ дѣтей, кровяныя банки на поясницу, столько штукъ, сколько больному лѣтъ или нѣсколько меньше; внутрь laxans (Calomel особенно при наклонности къ рвотѣ; Inf. laxat. Wien.), потомъ digitalis.

163) Rp. Calomelani gr. $^1/_4$—1 (0,015—0,06), смотря по возрасту, Sacchari gr. jjj (0,2). D. t. dos. № 6—8 S. Черезъ часъ по порошку до дѣйствія. 164) Rp. Inf. laxat. Wien. ℥jjj (90,0), Syr. rubi idei ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной, дессертной, столовой (смотря по возрасту) ложкѣ до дѣйствія.

165) Rp. Inf. hb. digitalis purpur. e gr. jjj—℥jjj (0,2—90,0), Liq. kali acetici ʒβ (2,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. До 4 лѣтъ по чайной, старшимъ по дессертной ложкѣ черезъ 2 часа.

Если количество крови невелико, но мочи мало и она мутна, то щелочи:

166) Rp. Cremoris tartari ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). MDS. Черезъ 1—2 часа по чайной или дессертной ложкѣ.

При нефритахъ не слѣдуетъ терпѣть запоровъ; кремортартаръ дѣйствуетъ не только мочегонно, но и слегка послабляетъ. Если, несмотря на то, при употребленіи его больной все-таки страдаетъ запорами, то лучше:

167) Rp. Natri sulphurici ʒβ (2,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0). DS. Какъ предыдущее.

Для питья: Эмсъ (Кренхенъ) по 1—1—1$^1/_2$ стакана въ сутки, Виши и т. п.

Въ позднѣйшемъ періодѣ нефрита, когда моча отдѣляется въ достаточномъ количествѣ, но содержитъ кровь и много бѣлка, то легкія вяжущія или полуторохлористое желѣзо (но не вмѣстѣ), а также спорынья.

168) Rp. D-ti fol. uvae ursi ex ʒj—jj ad ℥jjj (4,0—8,0 : 90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 1—2 часа по чайной или дессертной ложкѣ. 169) Rp. Liq. ferri sesquichlorati gtt. Xjj, Aq. destill. ℥jjj, Syr. simpl. ʒjjj. DS. По чайной, дессертной, столовой ложкѣ 4 раза въ день. Послѣ ѣды (смотря по возрасту). 170) Rp. Inf. secal. cornuti e Ͽjβ—℥jjj (2,0 : 90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. По чайной или дессертной ложкѣ черезъ 2 часа.

При водянкѣ — горячія ванны (въ случаѣ лихорадочнаго состоянія лучше завертыванія въ мокрыя простыни и шерстяныя одѣяла): больного сажаютъ въ 29° R. воду и постепеннымъ прибавленіемъ горячей воды въ теченіе 20—30 минутъ доводятъ ее до 31° R., потомъ оставляютъ на 1—2 часа въ тепломъ одѣялѣ. Ванны повторяются ежедневно.

При урэміи (головная боль, рвота, судороги) — холодъ на голову, завертыванія въ мокрыя простыни и одѣяла (или горячія ванны), слабительныя (calomel, Inf. laxat. W.), піявки за уши (столько штукъ, сколько больному лѣтъ, не поддерживая кровотеченія), во время судорогъ вдыханіе хлороформа.

Если при судорогахъ пульсъ остается полнымъ, то подкожное впрыскиваніе пилокарпина:

171) Pilocarpini muriat. gr. j (0,06), Aq. destill. ʒj (4,0). DS. Впрыскивать подъ кожу по столько капель, сколько больному лѣтъ.

Если урэмія протекаетъ съ симптомами упадка дѣятельности сердца (слабый пульсъ, похолоданіе конечностей, легкій ціанозъ), то инъекціи пилокарпина, равно какъ горячія ванны и піявки, противопоказаны; здѣсь умѣстны возбуждающія (см. дѣтская холера).

Noma см., болѣзни рта.

Носовое кровотеченіе — epistaxis. Холодные компрессы на переносицу и на затылокъ; введеніе въ носъ ватнаго тампона, смоченнаго растворомъ полуторохлористаго желѣза.

172) Rp. Liq. ferri sesquichlor. gtt. X (1,0), Aq. destill. ℥j (50,0). DS. Наружное. Если черезъ 2 минуты кровотеченіе не останавливается, то тампонъ замѣняется новымъ. Въ случаѣ очень упорнаго кровотеченія — тампонація всего нижняго носового прохода посредствомъ Беллоковскаго зонда.

Для предотвращенія частыхъ повтореній кровотеченій: не ходить по солнцу съ открытой головой и почаще освѣжать голову водой; при малокровіи — liq. ferri sesquichl. внутрь по $^1/_2$ — 3 капли, смотря по возрасту, 3 раза въ день послѣ ѣды. При кровотеченіяхъ, повторяющихся періодически,—хининъ. Часто носовыя кровотеченія обусловливаются небольшими ссадинами, сидящими большею частью на носовой перегородкѣ; въ такихъ случаяхъ лучшимъ средствомъ будетъ прижиганіе ссадинъ ляписомъ.

Ночной испугъ, см. pavor nocturnus.

Ночное недержаніе мочи, см. enuresis nocturna.

Obstipatio, см. привычный запоръ.

Oedema glottidis. При отекѣ гортани не слѣдуетъ терять много времени на слабительныя и отвлекающія, гораздо дѣйствительнѣе хирургическая помощь въ видѣ насѣчекъ отекшей слизистой оболочки или трахеотомія.

Oedema pulmonum. При отекѣ легкаго показаны возбуждающія и отвлеченія на кожу и кишки; при порокахъ сердца дигиталисъ или строфантъ.

173) Liq. ammon. anis., Aether. sulphur. āā 5,0. DS. Черезъ $^1/_2$ часа по 5 капель. 174) Rp. Camphor. trit. $^1/_2$—1 гр. (0,03—0,06), Sacch. gr. jjj (0,2). D. t. dos. № 12. S. По порошку черезъ 2 часа. 175) Rp. Camphor. 0,5, Spir. vini, Aq. destill. āā 5,0. DS. Впрыскивать подъ кожу по $^1/_2$—1 шприцу. 176) Rp. T-rae strofanti 5,0. DS. По 1—5 капель на пріемъ, смотря по возрасту, черезъ 2 часа. 177) Rp. Inf. hb. digitalis e gr. jjj—℥jjj (0,2—90,0), Syr. ℥jjj (12,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной—десертной ложкѣ.

Oxyuris vermicularis см. глисты.

Onychia. При язвенномъ воспаленіи ногтевого ложа съ вонючимъ сукровичнымъ отдѣляемымъ лучшимъ средствомъ является присыпка порошкомъ plumbi nitrici, одинъ разъ въ день, не отдѣляя струпа или корочки, образовавшейся послѣ предыдущей присыпки.

Orchitis. Послѣ паротита скоро проходитъ при покойномъ положеніи больного съ приподнятой scrotum (подъ нее подкладывается подушечка).

Оспа. Въ видахъ предохраненія — отдѣленіе заболѣвшаго отъ здоровыхъ и прививка послѣднимъ вакцины. Лѣченіе симптоматическое.

Для уменьшенія нагноенія рекомендуется ксилолъ: 178) Rp. Xyloli ℈j—ʒj (1,25—4,0), Aq. foeniculi, Syr. menth. pp. āā ℥j (30,0), Vini molac. ℥jj (60,0). MDS. Черезъ 1—2 часа по чайной—

дессертн. ложкѣ (дѣтямъ отъ года до 10 лѣтъ). Можно прописывать ксилолъ и прямо въ капляхъ: 179) Rp. Xyloli puri ℥β (15,0). DS. По столько капель, сколько больному лѣтъ, въ винѣ, черезъ 2—3 часа. Слѣдуетъ начинать пріемъ какъ можно раньше, т.-е. какъ только выяснится діагностика оспы.

Для предотвращенія рябинъ — холодные компрессы на лицо или прикладываніе на полотнѣ ung. grisii. или 180) Rp. Ac. carbol. 3,0, ol. provinc. 40,0, cret. optim. trit. albis 60,0. Mf. pasta. S. Прикладывать на лицо на тряпочкѣ.

Острыя лихорадочныя болѣзни. Постельное содержаніе, забота о чистотѣ воздуха и постели, холодный компрессъ на голову, для питья свѣжая вода, лимонадъ; діэта изъ жидкой пищи (супъ и молоко). Во всѣхъ заразительныхъ болѣзняхъ — строгая изоляція.

Острый сочленовный ревматизмъ. Rheumatismus articulorum acutus. Благопріятное, а иногда прямо обрывающее вліяніе на ревматизмъ оказываютъ салициловый натръ, антипиринъ и фенацетинъ.

Natrum salicylicum назначается дѣтямъ на пріемъ въ количествѣ столькихъ грановъ, сколько больному лѣтъ, 4 раза въ день, до явнаго ослабленія боли въ сочлененіяхъ и лихорадки, потомъ въ половинныхъ пріемахъ еще нѣсколько дней. Въ виду наклонности къ возвратамъ больной долженъ оставаться въ постели, по крайней мѣрѣ, дня три послѣ полнаго прекращенія боли. Прописывается салиц. натръ въ порошкахъ, облаткахъ или въ растворѣ.

181) Rp. Natri salicylici gr. V—X (0,3 — 0,6). D. in caps. amylac. t. dos. № 12. S. По 1 облаткѣ 4 раза въ день (реб. 5—10 лѣтъ).

182) Rp. Natri salicylici ʒβ — j (2,0 — 4,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. rubi idei ʒjjj (10,0). DS. По стол. ложкѣ четыре раза въ день (реб. 5—10 лѣтъ).

Антипиринъ и фенацетинъ даются въ дозахъ, вдвое меньшихъ сравнительно съ салиц. натромъ, тоже 4 раза въ день.

Мѣстное лѣченіе состоитъ въ смазываніи пораженныхъ сочлененій хлороформнымъ масломъ и укутываніи ватой.

183) Rp. Chloroformi ℥s (15,0), Ol. provinc. ℥jj (60,0). DS. Наружное.

То же лѣченіе и при остромъ мышечномъ ревматизмѣ, напр., при torticollis rheumatica, но, кромѣ внутреннихъ средствъ, еще и массажъ пораженныхъ мышцъ.

Отекъ гортани и легкихъ, см. oedema.

Otitis. Въ случаѣ остраго воспаленія ушей, съ сильными бо-

лями, впускать въ наружный слуховой проходъ теплое масло per se или съ морфіемъ или растворъ кокаина. 184) Rp. Ol. amygdal. dulc. ℥jj (10,0), Morphii acetici gr. $^1/_4$ (0,02). DS. Вливать въ ухо въ подогрѣтомъ видѣ $^1/_2$ чайной ложки. 185) Rp. Cocaini muriat. gr. jjj (2,0), Aq. destill. ℥j (4,0). DS. Вливать въ ухо по нѣскольку капель. Въ періодѣ появленія течи — шпринцованіе уха 3% растворомъ борной кислоты, впусканіе въ ухо нѣсколькихъ капель 5% и даже 10% раствора карболовой кислоты въ глицеринѣ (водяные растворы такой крѣпости не могутъ быть употребляемы, ибо сильно жгутъ). Въ случаѣ недостаточнаго стока отдѣляемаго — расширеніе отверстія въ барабанной перепонкѣ.

Падучая болѣзнь, см. epilepsia.

Параличъ дѣтскій, см. дѣтскій параличъ.

Параличъ дифтеритическій — укрѣпляющее лѣченіе питательной діэтой и воздухомъ. Внутрь или подъ кожу препараты стрихнина. См. angina diphtheritica.

Paraphimosis. Вправленіе головки послѣ предварительнаго сдавленія ея пальцами (чтобъ устранить отечное состояніе ея и тѣмъ уменьшить объемъ ея). Если вправленіе не удается, то слѣдуетъ разрѣзать ущемляющее кольцо. Послѣ вправленія — примочки изъ aq. Gulardi.

Parotitis epidemica. Лѣченіе выжидательное; для благопріятнаго теченія достаточно сухой теплоты и помазыванія опухоли камфорнымъ масломъ или іодистой мазью.

Pavor nocturnus. Дѣтей, наклонныхъ къ ночному испугу, не слѣдуетъ возбуждать разсказами страшнаго содержанія. При анэміи и общей нервозности соотвѣтственное общее лѣченіе. Симптоматически противъ испуга хининъ на ночь по столько гранъ, сколько больному лѣтъ.

Peliosis rheumatica, см. пурпура.

Pemphigus neonatorum. Присыпка каломелемъ per se.

„ **syphiliticus.** Общее антисифилитическое лѣченіе и та же присыпка каломелемъ.

Перемежающаяся или болотная **лихорадка** — febris intermittens. Въ видахъ предохраненія не слѣдуетъ дозволять дѣтямъ спать на землѣ. Во время приступа — постельное содержаніе, холодъ на голову, кисловатое питье. Для предотвращенія возврата пароксизма — chininum muriat. или sulph. въ порошкахъ, облаткахъ или въ растворѣ за 4—6 часовъ до начала пароксизма въ количествѣ столькихъ грановъ, сколько больному лѣтъ, въ два пріема, напр.

186) Rp. Chinini muriat. gr. jjj (0,2) D. in caps. amyl. t. dos. № 6. S. По 1 облаткѣ въ 9 и 11 час. утра (реб. 6 лѣтъ).

Если послѣ прекращенія пароксизмовъ остается опухоль селезенки, то, для предотвращенія возвратовъ, необходимо продолжать хининъ въ половинныхъ дозахъ въ теченіе нѣкотораго времени (иногда до 3-хъ недѣль) до исчезанія опухоли селезенки.

Если подъ вліяніемъ хинина селезенка не уменьшается больше, то даютъ его вмѣстѣ съ пипериномъ: 187) Rp. Piperini ϿJ—jj (1,25—2,5), Chin. mur. ʒj (4,0), Extr. trif. q. s. ut f. pil. № 60. Consp. lycop. DS. По 1 пил. 3—4 раза въ день (реб. 5—8 лѣтъ) или переходятъ къ мышьяку. 188) Rp. Liq. arsen. Fowl. ʒj (4,0), Elix. viscer. Hoff. ℥β (15,0). DS. По 5 кап. 3 раза въ день, прибавляя каждый день по каплѣ на пріемъ до 15 кап. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не уступающихъ хинину, лихорадка прекращается иногда отъ настойки подсолнечника. 189) Rp. T-rae helianthi an. ℥j (30,0). DS. Грудному 20 капель, старшимъ дѣтямъ по чайн. ложкѣ 4—6 разъ въ день въ ложкѣ воды.

Перепрѣлость—intertrigo. 190) Rp. Amyl. trit. ℥j (30,0), Flor. zinci, Magister. bismuthi āā ʒj—jj (4,0—8,0). DS. Присыпка. При этомъ надо закладывать въ перепрѣвающія складки кожи кусочки сухой корпіи или гигроскопической ваты. 191) Rp. Hydr. muriat. cor. gr. j (0,05), Aq. destill. ℥iv (100,0). DS. Примочка. (Комокъ ваты, смоченной этой примочкой, закладывается въ перепрѣвающую складку кожи). Очень быстро дѣйствующее и вѣрное средство.

Pericarditis. Холодные компрессы и мушки на область сердца. Въ позднѣйшихъ періодахъ—мочегонныя и питательная діэта, согрѣвающіе компрессы, дигиталисъ. 192) Rp. Inf. hb. digit. e gr. jjj—℥jjj (0,2—90,0), Liq. kali acet. ʒβ (2,0), Syr. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной—дессертн. ложкѣ.

Peritonitis acuta и **peritiphlitis**—абсолютный покой и строжайшая діэта; глотаніе льда и ледяные компрессы на животъ; піявки въ мѣстѣ наисильнѣйшей боли въ количествѣ столькихъ штукъ, сколько больному лѣтъ; внутрь опій до наркоза:

193) Rp. T-rae opii simpl. ʒj (4,0). DS. Черезъ часъ по стольку $^1/_2$ капель, сколько больному лѣтъ, до наступленія сна. При значительномъ суженіи зрачковъ съ лѣкарствомъ слѣдуетъ пріостановиться.

Лѣченіе холодомъ и опіемъ продолжается до тѣхъ поръ, пока есть живая боль и лихорадка; потомъ согрѣвающіе компрессы.

Слабительныя и клистиры, несмотря на запоръ, противопоказаны; они могутъ имѣть мѣсто только, когда нѣтъ явныхъ признаковъ воспаленія, но есть признаки скопленія фекальныхъ массъ въ слѣпой кишкѣ, т.-е. при такъ называемой typhlitis stercoralis.

Peritonitis chronica. Питательная діэта, вино, постельное содержаніе. Согрѣвающій компрессъ на животъ, втираніе мази:

194) Rp. Kali iodati ℈j (1,25), Iodi puri gr. jj (0,12), Axung. porci ℥j (30,0). DS. Втирать въ животъ 2 раза въ день. Внутрь: іодистый калій по 1—2—3 гр. на годъ. 195) Rp. Kali iodati ℈jβ (2,0)°, Aq. destill. ℥jjj (90,0). MDS. По дессертной ложкѣ 4 раза въ день (реб. 5—10 лѣтъ). Если позволяетъ желудокъ, то іодистое желѣзо: 196) Rp. Syr. ferri iodati, Syr. Simpl. āā ℥β (15,0). MDS. По стольку капель, сколько больному лѣтъ, а если переносится, то вдвое больше, 3—4 раза въ день.

Pertussis, см. коклюшъ.

Pleuritis. Противъ болей — мушки, а у крѣпкихъ дѣтей — піявки и противъ кашля — narcotica, согрѣвающій компрессъ (область пузыря отъ мушки прикрывается подъ компрессомъ тряпочкой, смазанной спускомъ). Въ періодѣ всасыванія экссудата — повторныя мушки, питательная пища и вино. При гнойномъ экссудатѣ — разрѣзъ грудной клѣтки. Что касается до прокола, то онъ показанъ лишь въ начальномъ періодѣ болѣзни, именно при чрезмѣрно быстромъ накопленіи экссудата, когда больной не успѣваетъ приспособиться къ уменьшенію дыхательной поверхности легкихъ и вслѣдствіе этого страдаетъ одышкой, угрожающей жизни.

Pneumonia catarrhalis, см. бронхопнеймонія.

Pneumonia cruposa. Лѣченіе выжидательно-симптоматическое. При чрезмѣрномъ повышеніи температуры — жаропонижающія, напр. фенацетинъ, антипиринъ и антифебринъ, лучше всего первый, какъ менѣе вредный для сердца и потому въ среднихъ дозахъ не производящій коллапса. Дозы фенацетина тѣ же, что и антипирина, а антифебринъ дается во вдвое меньшихъ пріемахъ. Первые два въ день по стольку дециграммовъ, сколько больному лѣтъ, въ три пріема, но, для избѣжанія могущаго быть коллапса, предъ каждымъ новымъ пріемомъ слѣдуетъ измѣрять температуру и давать средство лишь въ случаѣ, если она окажется выше 39°.

197) Rp. Phenacetini gr. v (0,3). D. t. dos. № 6. S. По 1 порошку 3 раза въ день, если температура не понизится ниже 39° (ребенку 10 лѣтъ). 198) Rp. Antifebrini gr. jj (0,12), Sacchari gr. jjj (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 6. S. Какъ предыдущее (ребенку 8 лѣтъ).

Противъ сухого кашля — narcotica (см. laryngitis); при боли въ боку — согрѣвающій компресъ, горчичники. При слабомъ пульсѣ — вино и другія возбуждающія: валеріана, liq. ammon. anis., camphora, мускусъ.

Почесуха, см. зудъ кожи.

Почечный песокъ. Ограниченіе мясной пищи (не болѣе одного раза въ сутки); вино запрещается абсолютно такъ же, какъ и все кислое. Внутрь щелочи, напр., воды Виши по нѣскольку столовыхъ ложекъ въ день въ промежуткахъ между ѣдой и litium carbonicum въ порошкахъ по 1—2 гр. на пріемъ 3—4 раза въ день.

Привычный запоръ. Причинное лѣченіе у грудныхъ дѣтей мало доступно, такъ какъ мы не можемъ существеннымъ образомъ измѣнить свойства женскаго молока, если только не желаемъ прибѣгать къ крутой мѣрѣ, т.-е. къ перемѣнѣ кормилицы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ причинному показанію хорошо соотвѣтствуетъ перемѣна діэты кормилицы: иногда запоръ у грудного ребенка быстро исчезаетъ, напр. послѣ того, какъ кормилица начнетъ ежедневно съѣдать послѣ завтрака и послѣ обѣда по кислому яблоку; въ другихъ случаяхъ причинное лѣченіе требуетъ методическаго лѣченія запора у кормилицъ (моціонъ, діэта).

Если причину запора предполагаютъ въ слишкомъ хорошемъ усвоеніи грудного молока, то назначаютъ, какъ прикормъ, коровье молоко или сливочную смѣсь, также бульонъ или простую воду натощакъ, въ количествѣ столовой ложки.

При торпидности кишечной мускулатуры надо лѣчить рахитизмъ или малокровіе, служащіе причиной торпидности, а внутрь даютъ въ такихъ случаяхъ или горькія капли (Elix. robor. Whitt. по стольку капель, сколько ребенку мѣсяцевъ, 3 раза въ день), или рыбій жиръ (см. рахитизмъ). При суженіяхъ ani причинное лѣченіе требуетъ операціи (кровавое или безкровное, методическое расширеніе anus'а). При недостаткѣ грудного молока — прикармливаніе или перемѣна кормилицы.

Запоръ, вслѣдствіе ранняго или слишкомъ обильнаго употребленія мучной пищи, требуетъ измѣненія діэты.

Запоръ у рожковыхъ дѣтей и у недавно отнятыхъ, зависящій отъ чрезмѣрнаго употребленія молока, всего лучше уступаетъ назначенію разнообразной пищи, а если ребенокъ упорно отказывается отъ всего и питается только молокомъ, то надо разводить молоко пополамъ водой, а ночью совсѣмъ не давать молока.

Причинное лѣченіе привычнаго запора у старшихъ дѣтей тре-

буетъ, смотря по обстоятельствамъ, лѣченія малокровія, золотухи, устраненія пищи, дающей много кала (хлѣбъ, картофель). При запорахъ, сопровождающихъ трещину задняго прохода, для устраненія боли при испражненіи надо смазывать трещину мазью съ кокаиномъ.

199) Cocaini muriatici gr. jj, Vaselini ℥j DS.

И поддерживать мягкую консистенцію испражненій посредствомъ легкихъ слабительныхъ, напр., подофиллиномъ или каскарой. Эти же два средства всего умѣстнѣе при хроническихъ запорахъ вообще, такъ какъ ихъ удобно дозировать и организмъ не только не привыкаетъ къ нимъ, но даже дѣйствіе ихъ при продолжительномъ употребленіи какъ бы усиливается.

Podophillinum прописывается въ спиртномъ растворѣ или въ порошкахъ въ такомъ расчетѣ, чтобы на годъ приходилось бы не болѣе $^1/_{16}$ грана на пріемъ, напр.

200) Rp. Podophillini gr. jj, Sacchari ℈jj. Mf. pulv. Div. in p. aeq. № 10. S. По 1 порошку на ночь. (Для ребенка 2 лѣтъ).

Порошокъ дается на ночь, а дѣйствіе должно быть утромъ, а если нѣтъ, то или даютъ другой порошокъ, или ставятъ клистиръ, а вечеромъ даютъ полтора порошка сразу и такимъ образомъ увеличиваютъ пріемъ до тѣхъ поръ, пока не получится киселеобразный стулъ. Тогда пріостанавливаются съ порошками до тѣхъ поръ, пока опять не пройдетъ цѣлыхъ сутокъ безъ послабленія и когда слѣдовательно надо дать на ночь опять тотъ пріемъ подофиллина, до котораго дошли.

Каскара употребляется исключительно въ видѣ жидкаго экстракта, т.-е. въ капляхъ.

201) Rp. Extr. fluidi cascarae sagradae ℥jj. DS. По 10 капель на пріемъ (ребенку 5 лѣтъ).

Доза для начала по 2 капли на годъ; подобно подофиллину, это средство дѣйствуетъ тоже медленно и потому всего удобнѣе назначать его на ночь, а если нѣтъ результата, то ставятъ клистиръ и вечеромъ даютъ полуторный пріемъ.

При запорахъ у грудныхъ дѣтей всего лучше прибѣгать къ методическимъ клистирамъ съ соблюденіемъ слѣдующихъ правилъ: 1) ставить клистиръ ежедневно и всегда въ одно и то же время; 2) клистиръ не доженъ быть меньше 6 столовыхъ ложекъ (чтобъ не всасывался при малой чувствительности кишекъ); 3) температура его отъ 22 до 18° R.; 4) содержимое клистира — простая вода. Обыкновенно послѣ нѣсколькихъ дней такого лѣченія ребенокъ начинаетъ кой-когда мараться безъ клистира; въ такіе дни

Полезенъ также *массажъ живота.*

Изъ внутреннихъ средствъ рекомендуются рыбій жиръ по $^1/_2$ чайной ложкѣ 2 раза въ день, именно у худощавыхъ рахитиковъ, или:

202) Rp. T-rae chinae compos., t rae rhei vinos. āā ℥j (4,0). DS. По стольку капель, сколько ребенку мѣсяцевъ (для тучныхъ дѣтей).

Въ случаяхъ остраго, случайнаго запора у дѣтей старшаго возраста всего чаще употребляются касторовое масло (дѣтямъ до года $^1/_2$ чайной ложки, до 2—3 лѣтъ — чайную, потомъ десертную и 10-лѣтнимъ — столовую), вѣнское питье, ревень.

203) Rp. Inf. fol. senn. compos. ℥jj (60,0), Syr. mannae (s. simpl.) ʒjj (8,0). MDS. Черезъ 2 часа по чайной или дессертн. ложкѣ до дѣйствія (дѣтямъ 2—6 лѣтъ). 204) Rp. T-rae rhei aquos. ℥β (15,0), Aq. destill. ℥jβ (45,0), Syr. simpl. ʒjj (8,0). MDS. Черезъ 2 часа по чайн. лож. до дѣйствія (ребенку 1—2 лѣтъ).

Преимущественно при запорахъ въ началѣ остролихорадочныхъ болѣзней, а также при воспаленіи почекъ и при судорогахъ (эклямпсія) рекомендуется каломель въ сравнительно большихъ дозахъ (см. дизентерію).

Prolapsus recti. Вправленіе.*) Испражняться стоя или лежа. Клистиры по разу въ день изъ холодной воды или изъ раствора таннина.

205) Rp. Tannini gr. X, Aq. destill. ℥jj. DS. 2 стол. ложки на клистиръ.

Внутрь препараты nucis vomicae: 206) Rp. T-rae nucis vom. ʒj DS. По 1—3 капли 3 раза въ день (дѣтямъ 1—5 лѣтъ). 207) Rp. Extr. nucis. vom. aq. gr. j—jj (0,06—0,12), Emuls. amygd. dulc. ℥jjj (90,0). MDS. Черезъ 3 часа по дессертн. ложкѣ (ребенку 2—5 лѣтъ).

Экстрактъ рвотнаго орѣха бываетъ въ двухъ видахъ: водяной и спиртовой; первый втрое слабѣе второго. Extr. nuc. vom. aquos. считается въ 5 разъ сильнѣе чѣмъ тинктура, слѣдов. pro die его можно давать на каждый разъ не болѣе $^1/_3$ грана, а на пріемъ $^1/_{10}$ грана. Въ случаѣ тревожнаго сна и вздрагиванія во снѣ пріемы лѣкарства должны быть прекращены. Въ виду возможности кумулятивнаго дѣйствія лучше начинать съ пріемовъ втрое меньшихъ и не давать его слишкомъ долго.

Въ упорныхъ случаяхъ рекомендуются подкожныя впрыскиванія въ окружности ani эрготина:

---

*) Причинное лѣченіе смотря по обстоятельствамъ: устраненіе запора или натужнаго поноса или сильнаго кашля.

208) Rp. Ergotini Bonjeani gr. jj (0,12), Glycerini ʒj (4,0). DS. По 6—12 капель на каждую инъекцію, разъ въ день (дѣтямъ 2—5 лѣтъ).

Если это не помогаетъ, то хирургическое лѣченіе.

Прорѣзываніе зубовъ. Лѣченіе симптоматическое; при болѣзненныхъ, распухшихъ деснахъ—смазываніе ихъ 2% растворомъ кокаина раза 3 въ день маленькой кисточкой.

Prurigo. 209) Rp. Ol. rusci, Saponis vir. āā ℥j (30,0), Spir. vini rect. ℥jj (60,0). DS. Натирать зудящія мѣста 3 раза въ день. Полезны также содовыя ванны: на каждые два ведра воды берутъ столовую ложку наравнѣ съ краями соды; t° ванны = 27°; сидѣть 10 минутъ.

Pseudocroup, см. катарръ гортани.

Pseudoleucaemia. Общее укрѣпляющее лѣченіе. Изъ лѣкарствъ можно употреблять съ нѣкоторой надеждой на успѣхъ только мышьякъ, по возможности въ большихъ дозахъ, постепенно восходя отъ 1—10 капель liq. arsen. Fowleri на пріемъ 2—3 раза въ день.

Пурпура и Верлгофова болѣзнь. При различныхъ видахъ пурпуры всего необходимѣе постельное содержаніе и питательная, но легковаримая діэта (мясо, яйца въ смятку, молоко). Кислое питье можно только въ случаяхъ, протекающихъ безъ боли живота. Внутрь: liq. ferri sesquichl. (см. анэміи), secal. cornut. plumbum acet. 210) Rp. Inf. secal. cornuti ex ℈j ad. ℥jjj (1,25—90,0), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). DS. По дессертн. ложкѣ черезъ 2 часа. 211) Rp. Plumbi acetici gr. $^1/_6$ (0,01), Sacchari gr. jjj (0,2). D. t. dos. № 12. S. По порошку черезъ 3 часа. 212) Extr. fluidi hydrastis canad. ʒjj (10,0). DS. По 10—15 капель 3 раза въ день (дѣтямъ 5—10 лѣтъ).

При носовыхъ кровотеченіяхъ — тампонація.

Rachitis. Англійская болѣзнь. Въ видахъ причиннаго лѣченія: сухая квартира, чистый воздухъ (прогулки), діэта, соотвѣтствующая возрасту; дѣтямъ отъ 6 мѣс. до года — грудное молоко, бульонъ, мясной сокъ по $^1/_2$—1 чайной ложкѣ нѣсколько разъ въ день; строго запрещается крахмалъ и сахаръ. Дѣтямъ 1—3 лѣтъ мясо и молоко, яйца; хлѣбъ только при другой пищѣ; сахаръ и картофель запрещаются.

Изъ внутреннихъ средствъ, смотря по состоянію желудка и другимъ показаніямъ, рыбій жиръ, желѣзо, горькія средства, известь, фосфоръ.

Если рахитикъ худощавъ и наклоненъ къ запорамъ, то всего лучше рыбій жиръ или липанинъ.

213) Rp. Ol. Iecoris aseli flavi ℥j. DS. По $^1/_2$ чайн. ложки (до года) или по цѣлой (старше года) 2—3 раза въ день. 214) Rp. Lipanini ℥j. DS. Какъ предыдущее.

Липанинъ, или искусственный рыбій жиръ, есть не что иное, какъ лучшій сортъ прованскаго масла, въ которомъ растворено 6% олеиновой кислоты, не измѣняющей вкуса масла. Средство это значительно дороже рыбьяго жира, но имѣетъ то преимущество, что пріятно на вкусъ и не производитъ отрыжекъ.

У тучныхъ дѣтей лучше желѣзо; при запорѣ — въ комбинаціи съ ревенемъ, напр.

215) Rp. T-rae ferri pomat. ʒj (5,0), t-rae rhei vinos. ℥s (20,0). DS. По 6—10 капель 3 раза въ день (реб. 6—12 мѣс.). При наклонности къ поносу: 216) Rp. Ferri lactici gr. $^1/_4$—$^1/_2$, Sacchari gr. jjj. Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. Три раза въ день (реб. отъ 6 мѣсяцевъ до 3 лѣтъ). 217) Rp. Ferri carbon. sacchar. gr. $^1/_2$—1 (0,03—0,06), Sacch. gr. jjj (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. 3 пор. въ день (дѣтямъ отъ $^1/_2$ до 3 лѣтъ).

Если желательно избѣжать вяжущаго дѣйствія желѣза, то лучше:

218) Rp. Ferri pyrophosphorici c. ammon. citr. gr. $^1/_4$—$^1/_2$ (0,015—0,03), Sacchari gr. (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 3 раза въ день (реб. $^1/_2$—3 л.). Или прибавляютъ къ желѣзу hypophos. calcis, дѣйствующую слегка послабляющимъ образомъ: 219) Rp. Ferri carbon. sacch. gr. $^1/_2$—j (0,03—0,06), Hypophosphatis calcis gr. j—jj (0,06—0,12), Sacchari gr. jjj (0,2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. 3 пор. въ день (реб. $^1/_2$—3 л.).

При плохомъ аппетитѣ и вялой дѣятельности кишекъ, при чемъ преобладаютъ запоры, но случаются и поносы:

220) Rp. Elix. robor. Wh. ℥s (15,0). DS. По 6—12 капель 3 раза въ день (реб. $^1/_2$—3 л.).

Известковые препараты рекомендуются какъ прибавка къ молоку рожковымъ дѣтямъ, расположеннымъ къ поносамъ. Прибавляютъ обыкновенно столовую ложку известковой воды на стаканъ разведеннаго молока.

Фосфоръ показанъ преимущественно у рахитиховъ съ преобладающими симптомами со стороны нервной системы, т.-е. у дѣтей, наклонныхъ къ судорогамъ и спазму голосовой щели. Фосфоръ назначается маленькимъ дѣтямъ отъ $^1/_{180}$ до $^1/_{200}$ pro dosi разъ или два въ день, а такъ какъ Ol. phosphoratum въ ста частяхъ

масла содержитъ одну часть фосфора, то всето проще назначать именно этотъ препаратъ, по $^1/_2$ до одной капли на пріемъ въ $^1/_2$—1 ложкѣ рыбьяго жира разъ въ день. Какъ болѣе вкусное средство, Kassowitz предлагаетъ слѣдующую форму:

221) Rp. Lipanini ℥j (30,0), Phosphori gr. $^1/_6$ (0,01), Sacchari albi, Pulv. gum. arab. āā ℥s (15,0), Aq. destill. ℥jβ (40,0). MDS. По 1—2 чайн. ложки въ день.

Изъ наружныхъ средствъ — лѣтомъ: соленыя ванны $^1/_4$—$^1/_2$ ф. соли простой, морской или крейцнахской на ведро воды въ 27° R., сидѣть въ ваннѣ 15—20 минутъ (но не зябнуть!). Дѣлать ихъ черезъ день вечеромъ, а если ванны возбуждаютъ (безсонница), то утромъ. Зимой обтиранія всего тѣла, кромѣ головы, простой или соленой водкой (дессертн. ложку соли на бутылку водки) утромъ и вечеромъ. При употребленіи соленой водки можетъ появиться зудящая папулезная экзема, преимущественно на ногахъ, — въ такомъ случаѣ обтираніе на нѣкоторое время прекращается.

Кромѣ всего сказаннаго, часто бываетъ нужно прибѣгать къ симптоматическимъ средствамъ по случаю катарровъ дыхательныхъ органовъ и кишекъ, ларингоспазма и проч.

Рвота. Срыгиваніе у грудныхъ дѣтей конечно не требуетъ никакого иного лѣченія, какъ уменьшенія количества пищи. Рвота въ началѣ остролихорадочныхъ болѣзней скоро прекращается сама собой. Упорная рвота вслѣдствіе катарра желудка, мозговыхъ болѣзней и др. причинъ всего лучше облегчается глотаніемъ кусочковъ льда или у дѣтей, не умѣющихъ дѣлать этого, маленькими пріемами ледяной воды (по чайной ложкѣ каждыя 5—10 минутъ) и абсолютно покойнымъ положеніемъ. Снаружи — горчичники на область желудка, а внутрь висмутъ, щавелевокислый церій, шипучіе порошки.

222) Rp. Cerii oxalici gr. β—j, Magist. bism. gr. jj. Mf. pulv. D. t. dos. № 6. S. По 1 порошку черезъ 2—3 часа (ребенку 4—8 лѣтъ).

Церій можно давать приблизительно по $^1/_2$ грана pro die на годъ; это средство не изъ сильно дѣйствующихъ.

При кровавой рвотѣ и таковыхъ же испражненіяхъ тоже абсолютный покой, ледъ внутрь и снаружи, теплое содержаніе ногъ. Внутрь полуторохлористое желѣзо, спорынья, свинецъ.

223) Rp. Liq. ferri sesquichlorati, Glicerini āā ʒj. DS. По 1—5 капель черезъ 2 часа (дѣтямъ 1—10 лѣтъ). 224) Rp. Inf. secal. cornuti ex ℈jβ—℥jjj (2—90), Syr. simpl. ʒjjj (10,0). MDS. По чайной или дессертной ложкѣ черезъ 2 часа (дѣтямъ 4—8 лѣтъ).

Secale cornutum можно давать въ порошкѣ или настоѣ до 2—3 грановъ pro die на годъ, но только не долѣе немногихъ дней.

225) Rp. Plumbi acetici gr. $^1/_4$, Sacchari gr. jj Mf. pulv. D. t. dos. № 8 S. Черезъ 3 часа по порошку (ребенку 2—8 лѣтъ).

Для взрослыхъ высшая доза уксуснокислаго свинца 1 гранъ на пріемъ и 4 грана въ сутки; слѣдовательно, по расчету, ребенку 2—4 лѣтъ можно бы дать только $^1/_8$ гр. на пріемъ и $^1/_2$ pro die, но на практикѣ съ этимъ средствомъ бываютъ обыкновенно смѣлѣе.

Rheumatismus artic. ac., см. острый сочленовный ревматизмъ.

„ **musculorum** — массажъ.

Рожа, см. erysipelas.

Свинка, см. parotitis.

Scabies. Чесотка. 226) Rp. Styracis liquidi ℥j (30,0), Ol. provinc. ℥s (15,0). DS. Натирать зудящія мѣста 2 раза въ день, послѣ того какъ смыта старая мазь. Послѣ трехдневнаго употребленія мази больной получаетъ общую (мыльную) ванну и потомъ опять смазывается тою же мазью въ теченіе 3-хъ дней. Вторая ванна обыкновенно заканчиваетъ лѣченіе. 227) Rp. Sulphur. sublimati, Ol. fagi āā 30,0, Saponis vir., Axung. porci āā 60,0, Cretae albi pulv. 5,0. DS. Мазать сыпь 3 раза въ день.

Сифилисъ, см. наслѣдственный сифилисъ.

Скарлатина — scarlatina. Если ребенокъ заболѣлъ скарлатиной средней силы, съ t. не выше 40, то, кромѣ надлежащаго режима, никакихъ особыхъ мѣръ не требуется. Для уменьшенія чувства напряженія кожи и зуда, а также въ видахъ послѣдовательнаго шелушенія, все тѣло смазывается 2 раза въ день прованскимъ масломъ комнатной температуры, а если сыпь высыпаетъ медленно и неравномѣрно, то горячимъ масломъ (32° R). Для полосканья рта и зѣва борная кислота, салициловый натръ и др. по чайной ложкѣ на стаканъ воды; дѣтямъ, не умѣющимъ полоскать, — обтираніе рта тѣми-же растворами. Въ виду того, что нефритъ является обыкновенно не позднѣе 21-го дня, больной до конца третьей недѣли не долженъ вставать съ постели даже и въ самыхъ легкихъ случаяхъ, а на воздухъ можно выходить лишь послѣ окончанія шелушенія.

Если лихорадка очень высока, а главное, если она сопровождается бредомъ и другими нервными явленіями, то показанъ противолихорадочный методъ лѣченія наружными и внутренними средствами, изъ которыхъ первыя заслуживаютъ предпочтенія.

Изъ наружныхъ употребляются обтиранія всей поверхности тѣла водой въ 22° R. каждые 2—3 часа и тепловатыя, постепенно охлаждаемыя ванны: больного сажаютъ въ воду 27° R и въ те-

ченіе 20-ти минутъ или получаса, пока больной сидитъ въ ней, понижаютъ температуру постепеннымъ прибавленіемъ холодной воды до 24—22° R. Продолжительность пребыванія въ ваннѣ соразмѣряется съ состояніемъ силъ больного и съ дѣятельностью сердца. Поблѣднѣніе лица, головокруженіе, ослабленіе пульса и чувство холода требуютъ прекращенія ванны. Смотря по эффекту, ванну повторяютъ 2—3 раза въ день и больше. Передъ каждой ванной обязательно дать ложку вина.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда t., несмотря на ванны, или вовсе не понижается, или очень мало, назначаются antipyretica, каковы: антипиринъ, антифебринъ и фенацетинъ. При слабомъ и частомъ пульсѣ требуется большая осторожность въ назначеніи этихъ средствъ, да и при хорошей работѣ сердца ихъ слѣдуетъ давать съ виномъ и начинать съ малыхъ пріемовъ, дѣйствіе которыхъ контролируется термометромъ каждые 2 часа съ тѣмъ, чтобъ повторить пріемъ, если не замѣтно достаточнаго пониженія t'ы.

Изъ этихъ средствъ антипиринъ и фенацетинъ назначаются въ одинаковыхъ дозахъ, примѣрно въ числѣ грановъ, вдвое меньшемъ числа лѣтъ, черезъ 2 часа до дѣйствія, а антифебринъ, по крайней мѣрѣ, въ четыре раза меньше числа лѣтъ.

Изъ этихъ трехъ средствъ, по моему мнѣнію, заслуживаетъ предпочтеніе фенацетинъ, имѣющій передъ антипириномъ то преимущество, что онъ безвкусенъ и не вызываетъ рвоты, вовсе нерѣдкой при антипиринѣ, а передъ антифебриномъ — гораздо меньшую ядовитость.

228) Rp. Phenacetini gr. IV—vj (0,25—0,35). D. t. dos. № 12. S. Черезъ 2 часа по порошку до дѣйствія (реб. 8—12 лѣтъ).
229) Rp. Antifebrini gr. jj—jjj (0,12—0,2), Sacchari gr. jjj (0,2). D. t. dos. № 12. S. Какъ предыдущее.

Нѣмецкіе авторы рекомендуютъ дозы, примѣрно раза въ три болѣе сильныя, но по-моему такой способъ лѣченія можетъ считаться рискованнымъ; лучше въ случаѣ надобности постепенно повышать пріемъ; особенной осторожности требуетъ антифебринъ.

Въ отчаянныхъ случаяхъ, когда сильная лихорадка не уступаетъ вышеприведеннымъ средствамъ, а между тѣмъ появляются тяжелыя нервныя явленія, въ видѣ коматознаго состоянія или сильнаго возбужденія и судорогъ при очень частомъ пульсѣ — обливанія холодной водой (16—14° R.) въ пустой ваннѣ и возбуждающія внутрь. Если при слабомъ пульсѣ конечности холодны и слегка ціанотичны (симптомы близкой смерти), обливанія противопоказаны.

Возбуждающія: вино (по 1/2 чайной до цѣлой дессертной ложки

портвейна или мадеры черезъ часъ или коньякъ съ водой, въ дозахъ вдвое меньшихъ), мускусъ, углекислый аммоній, камфора и др. напр.

229) Rp. Moschi orient. Ammon. carbon. āā. gr. $^{1}/_{6}$—j (0,01—0,06). Sacchari gr. jjj (0,2) D. t. dos. № 12 S. Черезъ часъ по порошку (дѣтямъ 1—10 лѣтъ). 230) Rp. Camphorae tritae gr. $^{1}/_{6}$—$^{1}/_{2}$ (0,01—0,03). Flor. benzoes gr. $^{1}/_{3}$—1 (0,02—0,01), Sacchari gr. jjj (0,2). D. t. dos. № 12. S. Черезъ 2 часа по порош. (реб. 1—10 лѣтъ). 231) Rp. Flor. benzoes gr. X. (0,6). T-rae aromaticae ℥β (15,0). DS. По 5—20 капель черезъ 2 часа реб. 1—10 лѣтъ). 232) Rp. Inf. rad. valerian. e gr. XV—ϑjβ : ℥jjj (1,0—2,20 : 90,0). Liq. ammon. anis. gtt. XV—ʒβ (1,0—2,0). Spir. simpl. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ часъ по чайной — дессертной ложкѣ (реб. 1—10 л.). При ціанозѣ и похолоданіи конечностей — подкожныя впрыскиванія: 233) Rp. Camphorae tritae gr. XV (1,0), Syr. vini, aq. destill. āā. ʒjjj (10,0). DS. Отъ $^{1}/_{4}$ до цѣлаго шприца см. по возрасту 2—3 раза въ день. 234) Ac. benzoici gr. XV (1,0), Spir. vini dil. ℥s (20,0). DS. Какъ предыдущее. 234) Rp. Aether. sulphur. ℥s. (15,0). DS. По $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ шприца, 2—3 раза въ день.

Если сильный жаръ сопровождается плохо развитой сыпью, то раздражающія теплыя ванны съ горчицей (для маленькой ванны берутъ стол. ложку порошка горчицы, для средней дѣтской — 2—4 ложки) или завертыванія въ простыню, смоченную растворомъ горчицы (2 столовыя ложки горчицы растираются въ тарелкѣ съ водой и потомъ вся масса смѣшивается съ водой комнатной температуры въ обыкновенномъ тазу; въ этой водѣ смачиваютъ простыню, выжимаютъ и завертываютъ въ нее ребенка до плечъ и потомъ въ шерстяныя одѣяла; въ такомъ согрѣвающемъ компрессѣ ребенокъ остается часъ.

При сильномъ воспаленіи зѣва или при появленіи дифтеритическаго экссудата — кромѣ полосканій (у маленькихъ обтираній и шприцованій) рта назначатся пульверизаціи паровымъ пульверизаторомъ растворовъ natri salicylici (2%) или natri benzoici (5%) или aq. calcis (1 ч. на 2 ч. aq. destill.) нѣсколько разъ въ день; въ тяжелыхъ случаяхъ — каждый часъ. Внутрь natrum benzoicum по 10 гранъ на годъ pro die:

235) Rp. Natri benzoici ʒjβ (6,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Tr. menth. pp. gtt. jj, Syr. cort. aurant. ʒjjj (10,0). MDS. По чайной — дессер. — столов. ложкѣ см. по возрасту черезъ 2 часа — или:

236) Rp. Magnesiae sulphurosae, Ac. sulphurosi āā. ʒj (4,0), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. cor. aurant. ʒjjj (10,00). DS. По чайн. — дессер. ложкѣ черезъ 1—2 часа.

Сѣрнистокислая магнезія не обладаетъ слобительнымъ дѣйствіемъ, а потому, чтобъ избѣгнуть смѣшенія ея съ сѣрнокислой магнезіей (magnesia sulphurica), надо выписывать ее полными буквами; сѣрнистая кислота прибавляется для растворенія магнезіи и для усиленія дезинфекцирующаго дѣйствія микстуры.

При пораженіи носа и ушей шпринцованія этихъ частей растворомъ борной кислоты (3%).

При воспаленіи лимфатич. железъ на шеѣ вначалѣ съ цѣлью разрѣшенія — втиранія Ung. iodati или Ung. hydrarg. ciner., а при наклонности къ нагноенію — припарки изъ льняного сѣмени; въ случаѣ флюктуаціи — вскрытіе.

При серозномъ синовитѣ — сухая теплота и масло съ хлороформомъ на больное сочлененіе; внутрь — фенацетинъ въ вышеуказанныхъ дозахъ 3 раза въ день или natr salicyl. вдвое меньше числа лѣтъ на пріемъ, раза 4 въ день.

При послѣдовательномъ нефритѣ, — см. nephritis.

Слѣпая кишка, воспаленіе ея, см. peritonitis.

Смерть мнимая новорожденныхъ. Въ легкихъ случаяхъ, когда рефлексы сохранены и ребенокъ отвѣчаетъ на раздраженіе кожи дыхательными движеніями, достаточно попеременно опускать его то въ холодную, то въ теплую воду: ребенокъ на моментъ опускается по шею въ ведро съ холодной водой и потомъ на нѣсколько секундъ въ теплую ванну (29° R), послѣ чего онъ помѣщается на тюфячекъ и растирается теплыми пеленками. Если послѣ этого дыханіе еще не совсѣмъ возстановилось, то повторяютъ окунаніе въ холодную воду и въ теплую ванну и поступаютъ такъ до полнаго оживленія ребенка. Слѣдуетъ избѣгать слишкомъ сильныхъ растираній, чтобы не причинить обширныхъ ссадинъ.

При глубокой асфиксіи, когда ребенокъ не реагируетъ на очищеніе его зѣва отъ слизи и когда всѣ мышцы его находятся въ разслабленномъ состояніи, необходимо искусственное дыханіе, всего лучше по методу Schultze. Ребенокъ берется за плечи такимъ образомъ, что указательные пальцы врача помѣщаются со стороны спины въ подмышки, большіе пальцы кладутся на переднюю поверхность груди, остальные располагаются наискось вдоль спины; головка ребенка поддерживается при этомъ локтевыми краями запястья. Врачъ держитъ такимъ образомъ ребенка въ висячемъ положеніи между своихъ слегка сдвинутыхъ ногъ и, съ цѣлью заставить ребенка сдѣлать выдыханіе, подымаетъ его кверху такимъ образомъ, что когда руки врача переступятъ за горизонталь, то нижняя половина тѣла должна медленно перегнуться по направленію къ верхней по-

ловинѣ тѣла; грудная клѣтка такимъ образомъ сдавливается и происходитъ пассивное выдыханіе. Послѣ короткой паузы ребенокъ снова опускается книзу, грудная клѣтка расширяется и происходитъ вздохъ. Черезъ нѣсколько секундъ вся процедура повторяется снова и такъ до 8—10 разъ. Потомъ ребенка согрѣваютъ въ теплой ваннѣ и если нужно, то черезъ нѣкоторое время опять дѣлаютъ искусственное дыханіе. Если дыханіе возстановилось настолько, что ребенокъ начинаетъ реагировать на раздраженіе кожи, то поступаютъ, какъ при слабой степени асфиксіи.

Soor, см. болѣзни рта.

Spasmus glottidis, см. laryngospasmus.

Spina bifida. Для предохраненія опухоли отъ травматическихъ поврежденій ее прикрываютъ полушарообразнымъ колпакомъ изъ твердаго каучука.

Spondilitis. Общее противозолотушное лѣченіе. Гипсовый корсетъ. При сильныхъ боляхъ въ спинѣ и лихорадочномъ состояніи — лежать въ постели.

Stomacace, см. болѣзни рта.

Stomatitis, см. болѣзни рта.

Судороги общія, см. эклампсія.

Сыпной тифъ, см. брюшной тифъ.

Taenia, см. глисты.

Tetania. Причинное лѣченіе анэміи, поноса, рахитизма. Изъ симптоматическихъ средствъ на первомъ мѣстѣ хлораль, потомъ бромъ. 237) Rp. Chloralhydr. ℈j (1,25), Aq. destill. ℥jjj (90,0), Syr. ʒjjj (10,0). DS. Черезъ 2 часа по чайной—дессертной ложкѣ (ребенку 1—2 лѣтъ). 238) Rp. Chloralhydr. ℈j (1,25), Aq. destill. ℥jjj (90.0), Kalii bromati ʒj (4,0), Syr. ʒjjj (10,0) DS. Черезъ 2 часа по чайной — дессертной ложкѣ.

Typhlitis, см. peritonitis.

Typhus, см. брюшной тифъ.

Torticollis. При ревматическихъ формахъ кривошеести—теплое содержаніе шеи и массажъ пораженныхъ мышцъ. При сильной болѣзненности позвоночника въ области боковыхъ сочлененій (synovitis vertebralis) помазыванія больного мѣста іодомъ или мушка.

Tussis convulsiva см. коклюшъ.

Uraemia см. nephritis.

Urticaria см. кропивница.

Favus см. Herpes tonsurans.

Pharingitis acuta см. angina.

Febris intermittens см. перемеж. лихорадка.

Chlorosis см. анэмія.

Cholera infantum см. дѣтская холера.

Chorea St. Vythi см. Виттова пляска.

Cephalhaematoma. При кровяной опухоли головы лѣченіе выжидательное.

Чесотка см. scabies.

Эклямпсія см. Eclampsia.

Экзема. Лѣченіе экземы должно быть сообразно періоду ея; въ остромъ періодѣ, когда кожа обнажена отъ эпидермиса, красна и мокнетъ, показаны присыпки, ung. diachyl., hydrarg. pp. album и т. п., но отнюдь не деготь и его препараты, которые имѣютъ полное примѣненіе въ случаяхъ сухой, шелушащейся экземы.

239) Rp. Ung. diachyl. simpl. ℥j (30,0). DS. Прикладывать къ сыпи на тряпкѣ; мѣнять 2 раза въ день. Лучше:

240) Rp. Hydrarg. pp. albi ℈j — ʒβ (1,25 — 2,0), Axung porci ℥j (30,0). MDS. Мазать сыпь 4 раза въ день. 241) Rp. Magister. bismuthi. Flor. zinci āā. ʒjj (8,0). Amyl. tritic. ℥j (30,0). Mf. pulv. DS. Присыпка. При переходѣ мокнущей экземы въ сухую:

242) Rp. Ung. diachyl. simpl. ℥j (30,0). Ol. rusci ʒjj — ℥s (8,0—15,0). MDS. Мазать сыпь 4 раза въ день (дозу дегтя увеличивать постепенно). При сухой экземѣ (ecz. chronicum):

243) Rp. Ol. rusci (s. ol. cadini) ℥j (30,0). Ds. Намазывать больное мѣсто разъ въ день кисточкой и потомъ присыпать пудрой.

Если мокнущія мѣста покрыты корками, то предварительно ихъ нужно удалить; для этого на нѣсколько часовъ ихъ закрываютъ тряпкой, смазанной свинымъ саломъ, а потомъ удаляютъ обмываніемъ теплой водой.

Слѣдуетъ избѣгать частыхъ омовеній мѣстъ кожи, покрытыхъ экземой.

Всего важнѣе для успѣшнаго лѣченія экземы удаленіе поддерживающей ея причины: золотуха, рахитизмъ, ожирѣніе, чесотка и другія мѣстныя раздраженія.

Дозировка лѣкарствъ по возрастамъ.

Нижеприведенная таблица дозировки лѣкарствъ въ дѣтскомъ возрастѣ составлена по извѣстному шаблону, рекомендованному Hufeland'омъ, по которому доза уменьшается по возрастамъ такъ:

если	для	взрослаго	(съ	20	лѣтъ)	доза		равняется		1
то	для	дѣтей	отъ	12	до	15	лѣтъ	„	=	1/2
„	„	„	„	9	„	12	„	„	=	1/3
„	„	„	„	6	„	9	„	„	=	1/4
„	„	„	„	4	„	6	„	„	=	1/6
„	„	„	„	2	„	4	„	„	=	1/8
„	„	„	„	1	„	2	„	„	=	1/10
„	„	„	до 1 года					„	=	1/20

Запомнить эту табличку не трудно, если принять во вниманіе, что доза уменьшается прямо пропорціонально возрасту, именно:

взрослый (24 года).	= 1
12-лѣтній	= 1/2
6-лѣтній	= 1/4
3-лѣтній	= 1/8

При сличеніи дозировки, приведенной въ слѣдующей таблицѣ, съ дозами, помѣщенными въ текстѣ „Терапевтическаго указателя", оказывается, что для нѣкоторыхъ средствъ нѣтъ полнаго согласія, что объясняется отчасти тѣмъ, что на практикѣ врачи не строго придерживаются шаблона и съ нѣкоторыми средствами, даже и сильно дѣйствующими, они обращаются гораздо смѣлѣе, чѣмъ предписывается это фармакопеей (для примѣра укажемъ хоть на сантонинъ и скипидаръ), тогда какъ съ другими лѣкарствами, напр. съ наркотическими, врачи обращаются осторожнѣе, чѣмъ позволяетъ фармакопея, и рѣдко прибѣгаютъ къ высшей дозѣ. Другая причина разногласія таблицы съ текстомъ зависитъ отъ того, что, желая облегчить начинающимъ запоминаніе дозъ, мы въ текстѣ нѣсколько схематизировали дозировку.

Всѣ сильно дѣйствующія средства обозначены въ нашей таблицѣ звѣздочкой *, при чемъ вещества очень ядовитыя, при назначеніи которыхъ никогда не слѣдуетъ начинать въ дѣтскомъ возрастѣ съ высшей дозы, дозволенной фармакопеей, обозначены еще и крестикомъ †. При всѣхъ средствахъ, обозначенныхъ звѣздочкой, указана высшая, дозволенная доза, а въ остальныхъ — обыкновенная, средняя доза, которая безъ вреда можетъ быть нѣсколько усилена или уменьшена. Однимъ крестикомъ обозначены сильно дѣйствующія вещества, не вошедшія въ русскую фармакопею. Всѣ цыфры таблицы обозначаютъ граны или части грана, за исключеніемъ тѣхъ немногимъ случаевъ, гдѣ выставлены рецептные знаки. Нашъ списокъ лѣкарствъ далеко не полонъ, такъ какъ мы приняли въ него лишь наиболѣе употребительные медикаменты.

Названіе лѣкарствъ.	До года.		Отъ 1—2 лѣтъ.		Отъ 2—
	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.
Ac. arsenicosum*† . .	$1/240$	$1/120$	$1/120$	$1/60$	$1/100$
Ac. benzoic.(Flor.benzoës)	$1/6$	1	$1/4$—$1/3$	2	$1/2$
Ac. boricum	$1/2$	3	1	6	2
Ac. muriatic. dilut. . }					
Ac. nitricum dilut . . }		какъ	пред	ыду	щая.
Ac. tannicum (Tannium). . . . . }	$1/5$	1	$2/5$	2	$1/2$
Ammon. bromatum* .	$1 1/2$	6	3	12	4
Ammon. carbonic. . .	$1/4$	1	$1/2$	2	1
Ammon.chlorat.depur.	$1/2$	3	1	6	1—2
Amygdalin*(въ эмульсіи минд.).	$1/60$	$1/20$	$1/30$	$1/10$	$1/24$
Antifebrinum †. . . .	$1/2$	$1 1/2$—2	1	3—4	1—2
Antipyrinum †	1	3—4	2	6	2—4
Apomorph.muriat.crystal. †	$1/120$	$1/20$	$1/60$	$1/10$	$1/48$
Aq. amygdal. amar.*	gtt. 1	6	2	12	$2 1/2$
Aq. calcis	℈β—℥j	℥β—j	℈j—℥jj	℥j—jβ	℥β—iv
Argent. nitric. cryst.* $1/2$—1 гр. на ℥jj чайн. и дес. лож. .	$1/40$	$1/8$	$1/20$	$1/4$	$1/16$
Atropinum sulphur.* †	не да	вать	вовсе.	—	$1/480$
Bismut. subnitric. (Magister. bism.)	$1/2$—1	3—4	1—2	4—8	1—$2 1/2$
Bismut. salicylicum .	$1/2$	3	1	4	$1 1/2$
Butili chloralum hydrat † (crotonchloral-hydratum)	$4/5$	3	$1 1/2$	6	2
Calcariahypophosphorosa (hypophosphas calcis)	$1/4$	1	$1/2$	2	$3/4$
Calomel какъ antiph	logisticum	отъ $1/20$	до $1/6$	нѣсколько	разъ
какъ laxans*	$1/3$	2	$1/2$	3	$1/2$ - 1
Camphora*	$1/12$—$1/4$	$1/2$—1	$1/6$—$1/2$	2	$1/4$—$3/4$
Camphora bromata* .				какъ	пред
Cerium oxalicum †. .				какъ	пред
Chininum (соли его)	pro	die	столько	гранъ	сколько
Chloralum hydratum crystal.*	1—4	6—12	1—8	12—24	2—10
Cinae flores.	4	12	4—8	24	4—10
Cocainum muriaticum*	$1/16$—$1/8$	$1/2$	$1/8$—$1/4$	$3/4$	$1/6$—$1/3$
Codeinum*†	$1/20$	$3/20$	$1/10$	$3/10$	$1/8$

АРСТВЪ ДЛЯ ДѢТЕЙ.

4 лѣтъ.	Отъ 4—6 лѣтъ.		Отъ 6—9 лѣтъ.		Отъ 9—12 лѣтъ.	
На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.
1/50	1/72	1/36	1/50	1/25	1/36	1/18
3	3/4	4 1/2	3/4—1	6	1—1 1/2	8
12	3	18	4	24	5	30
3	2/3	4	1	6	1 1/2	8
15	5	20	7 1/2	30	10	40
5	1/2	8	1—2	10	1—3	15
12	2—3	18	2 – 4	24	2 – 5	30
1/8	1/18	1/6	1/12	1/4	1/9	1/2
4—5	2 – 3	6	2—4	8—12	3—5	9 –12
6—10	3—5	9—12	4 – 8	16	5 – 10	20
1/8	1/36	1/6	1/24	1/4	1/18	1/3
15	4	24	6	30	10	40
℥j—jj	℥j—vj	℥jj—jjj	℥jj—℥j	℥j—IV	℥jj—℥jβ	℥jjj—vj
3/8	1/16—1/12	1/2	1/16—1/8	3/8—3/4	1/16—1/6	1
1/160	1/360	1/120	1/240	1/80	1/180	1/60
6 – 10	2—3 1/2	8—12	3—5	12—15	3 – 7	15—20
6	2	8	3	12	3	15
7 1/2	2 2/3	10	4	15	5	20
3	1—2	4 – 8	1 1/2—3	6 – 9	2 – 3	8—12
въ	день.					
2—4	3/4—2	3 – 6	1—1 1/2	4—8	1—3	6—9
2 1/2	1/2—1	4	1/2—1 1/2	6	1—2	8
ы д у	щ а я.					
ы д у	щ а я.					
больному	лѣтъ.					
12—30	4—15	20 – 45	6—20	30 - 60	10—30	40—80
15—30	5 – 12	30—40	8 – 15	40—60	10—20	80
1	1/4—1/2	1 1/2	1/4—1/2	2	3/4—1	3
3/8	1/6	1/2	1/4	3/4	1/3	1

Названіе лѣкарствъ.	До года.		Отъ 1—2 лѣтъ.		Отъ 2 —
	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.
Coffeinum*(и соли его)	3/40	2/5	3/20	1/5	3/16
Cremor tartari	2	6	2 4	6—12	4—6
Cuprum sulphur.* . .					
(какъ рвотное) . . .	1/2	3	1/2	3	по 1—2
Extr. belladonnae . .	1/60—1/20	1/5	1/40 - 1/10	2/5	1/16 — 1/8
„ cort. rad. granati †	3	9	6	18	7—15
„ filicis maris aether.			какъ	пред	ыдущ
„ fluid. cort. cascarae sagrad. †. . .	gtt. 1—3	4—8	2—6	8—16	4—8
„ fluid cort. hydrastis canad. † . . .	2	8	4	16	5
„ hyosciami.* . . .	1/30—1/10	1/2	1/20—1/5	1	1/8—1/4
„ opii* †					
„ secalis cornuti.* .			какъ	поро	шокъ
(Ergotinum Bonjeani).	1/8 —1/4	3/4	1/4—1/2	1 1/2	1/3—2/3
(внутрь или подъкожу)					
„ strychni aquos.*†	1/16—1/8	1/2	1/16—1/4	1	1/8—3/8
„ „ spirit.*†.	· въ	четы	рера	заме	ньше
Ferrum carb. sacchar.					
„ lacticum.					
„ pyrophos. c. natro.	1/4	1	1/2	2	1/2—1
„ „ c. ammon.					
citrico.					
Ferrum jodatum sacch.	1/4	3/4	1/2	1	1/2
Foll. belladonae.*†. .	3/20	1/2	1/3	1	3/8
Fol. digitalis* † (въ порошкѣ)			какъ	и пре	дыду
Fol. digitalis въ настоѣ	1/1	1	1/2	2	5/8
Hydrargyrum bichlor. corros*	1/40	1/10	1/20	1/10	1/16
Hydrarg. chlorat. mite*	см.	calomel.			
Inf. sennae compos. (Potio Wien.)	—	℥j		℥jjj	℥j
Kalium bromatum*. .	2—4	12	3—8	24	4—10
„ iodatum*. . .	1—2	6	1/2—3	12	2—4
Kali chloric. (ядовитъ).	1/2	3	1	6	2
Kreosotum*	1/20	1/4	1/10	1/2	1/8
Kusso.	7	15	15	30	20
Liq. ammon. anisat.	gtt. 3/4	3	1 1/2	6	2
Liq. arsenic. Fowleri*	gtt. 1/4	3/4	1/2	1 1/2	3/4
(восходя постепен	но, можно	давать	вдвое и	втрое	больше
Liq. ferri sesquichlor.					
Liq. kali arsenicosi s.	столько	капель	pro die	сколько	больному
Liq. Fowleri. . . .	см.	lig arsen.	Fowleri.		

4 лѣтъ.	Отъ 4—6 лѣтъ.		Отъ 6–9 лѣтъ.		Отъ 9—12 лѣтъ.	
На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.
1	1/4	1/3	3/8	2	1/2	4
12—20	5—8	15—24	6—10	20—30	6—10	20—30
грану на	пріемъ	черезъ	10 мин.	до рво	ты.	
1/2	1/12—1/6	2/3	1/8—1/4	1	1/6—1/3	1 1/3
20—40	10—20	30—60	15—30	45—90	20—40	60—120
і й п р	е п а р	а т ъ.				
12—20	6—10	18—30	9—15	30—40	10–15	30–45
20	7	28	10	40	13	56
1	1/6—1/3	1 1/3	1/4—1/2	2	1/3—2/3	2 2/3
о п і я.						
2	1/2—3/4	2 1/2	1/2—1	3	3/4—1 1/2	5
1	1/6—1/2	1 1/2	1/4—3/4	2	1/2–1 2/3	5
п р е д	ы д у щ	а г о.				
2–4	1—1 1/2	4–6	1—2	4—8	2–3	6–9
1 1/2	3/4	2 1/2	1	3	1 1/2	4 1/2
1 1/8	1/2	1 1/2	3/4	2 1/4	1	3
ш і й	п р е п а	р а т ъ.				
2 1/2	5/6	3	1 1/4	5	1 2/3	6
1/8	1/12	1/6	1/8	1/4	1/6	1/3
℥β	℥jj	℥j	℥jj	℥jβ	℥β	℥jj
30	6—12	40	8—20	℥j	10—26	℥jβ
16	3–5	20	4–6	30	5—10	40
12	4	20	5	30	6	40
1/2	1/6	1	1/4	1 1/2	1/3	2
40	30	℥jβ	45	℥jjβ	℥j	℥jjj
8	3	12	4	16	6	24
2	1	3	1 1/4	4	2	6
показан	ныхъ.					
лѣтъ (въ	2—3	пріема).				

Названіе лѣкарствъ.	До года.		Отъ 1—2 лѣтъ.		Отъ 2—
	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.
Magnesia carbonica и usta	1	4	2	8	3
Morphium acet.*† и др. соли.	$^1/_{200}$—$^1/_{40}$	$^1/_{20}$	$^1/_{100}$—$^1/_{20}$	$^1/_{10}$	$^1/_{16}$
Moschus	$^1/_4$	$1^1/_2$	$^1/_4$—$^1/_2$	3	$^1/_4$—$^1/_2$
Naphthalinum†. . . .	$^1/_5$	3	$1^1/_2$	6	2
Natrium benzoicum. .	1	5	2	10	3
Natrium bromatum* .				какъ	kali
Natrium jodatum* . .				какъ	kali
Natrum salicylicum .	на	пріемъ	столько	гранъ,	сколько
Ol. terebinthinum gallicum	1	4	2	8	$2^1/_2$
при дефтеритѣ . . .	$^1/_2$	чайной	ложки	чайными	и дессерт
Opium*†	$^1/_{40}$—$^1/_{20}$	$^1/_{10}$—$^2/_{10}$	$^1/_{20}$—$^1/_{10}$	$^1/_5$ - $^2/_5$	$^1/_8$—$^1/_4$
Phenacetinum † . . .				какъ	анти
Pepsinum rossicum solub.	$^1/_2$	$1^1/_2$	1	3	$1^1/_4$
Phosphorus*†.	$^1/_{500}$	$^1/_{250}$	$^1/_{250}$	$^1/_{125}$	$^1/_{200}$
Plumb. acetic. depur*.	$^1/_{20}$	$^1/_5$	$^1/_{10}$	$^2/_5$	$^1/_8$
Podophyllinum* . . .	$^1/_{20}$	$^1/_3$	$^1/_{10}$	$^2/_3$	$^1/_8$
Pulv. Doweri*† . . .	$^1/_4$—$^1/_2$	1—2	$^1/_2$—1	2 - 4	1—2
Radix ipecacuanh. (какъ рвотное). .	$1^1/_2$	3	2	6	по 3—5
„ senega	$^1/_2$	3	1	6	$1^1/_2$
Resorcinum*	$1^1/_2$	5	2	10	2—4
Santoninum*	$^1/_6$	$^1/_3$	$^1/_3$	$^2/_3$	$^3/_8$
Secale cornut. pulv*.	$^1/_2$	$1^1/_2$	1	3	$1^1/_4$
Strychninum. *† (соли его) инъекц. и внут.	$^1/_{200}$	$^3/_{200}$	$^1/_{100}$	$^3/_{100}$	$^1/_{80}$
Sirupus ferri jodati. .	gtt. 3	9	6	18	8
Tartarus emeticus* какъ рвотное	gtt. $^3/_{20}$	$^3/_5$	$^3/_{10}$	$1^1/_5$	По $^1/_4$—
Tinctura belladonnae*.	$^1/_2$	1	1	2	$1^1/_2$
„ ferri pomati	pro	die	вдвое	болѣе	числа
Tinctura opii simpl. и crocata*† .	gtt. $^1/_2$	$1^1/_2$	1	3	$1^1/_4$
„ ratanhiae . .	gtt. $1^1/_2$	3	3	6	4
„ rhei aq. и vinosa	3	6	6	12	8
„ strychni (nucis vomicae) *†	$^3/_4$	2	$1^1/_2$	3	2
Ung. hydrarg. ciner (втираніе).		3		6	
Xylolum	gtt. 1	5	2	10	$2^1/_2$

4 лѣтъ.	Отъ 4—6 лѣтъ.		Отъ 6—9 лѣтъ.		Отъ 9—12 лѣтъ.	
На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.	На пріемъ.	На сутки.
9	4	12	6	18	10	30
1/4	1/12	1/3	1/8	1/2	1/6	2/3
4	1/4—3/4	5	1/2-1	6-8	1/2—1 1/2	8—10
8	3	12	4	16	5	20
20	5	40	6	60	10	90
u m	b r o m	a t u m.				
u m	j o d a	t u m.				
больному	лѣтъ,	4—6	разъ въ	день.		
10	3	12	5	15	7	20
ными	ложками.					
3/4	1/6—1/3	1	1/4—1/2	1 1/2	1/3—2/3	2
п и р и	н ъ.					
4	1 1/2	5	2 1/2	7 1/2	3	10
1/100	1/150	1/75	1/100	1/50	1/70	1/35
1/2	1/6	2/3	1/4	1	1/3	1 1/3
3/4	1/6	1	1/4	1 1/2	1/3	2
4—8	1 1/2—3	6—10	2—4	10—12	3—6	12—18
гранъ	черезъ	10 мин.	до	рвоты.		
9	2	10	2 1/2	15	3	18
12	3—5	15	4—8	24	4—10	30
3/4	1/2	1	3/4	1 1/2	1	3
7 1/2	1 2/3	10	2 1/2	15	3	20
3/80	1/60	1/20	1/40	3/40	1/30	1/10
24	10	30	15	45	20	60
1/3 грана	черезъ	10 мин.	до	рвоты.		
2 1/2	1 1/2	3	2 1/2	5	3	6
лѣтъ въ	2—3	пріема.				
3 1/2	2	5	3	8	4	10
8	5	10	7	15	10	20
20	10	25	15	40	20	50
6	2 1/2	8	3	12	5	15
10		16		20		30
12	3 1/2	18	5	20	7	28